I 45661

ALMANAHUL

SĂNĂTĂȚII

'84

2022

93309

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII '84

almanahul SĂNĂTĂȚII'84

au colaborat:

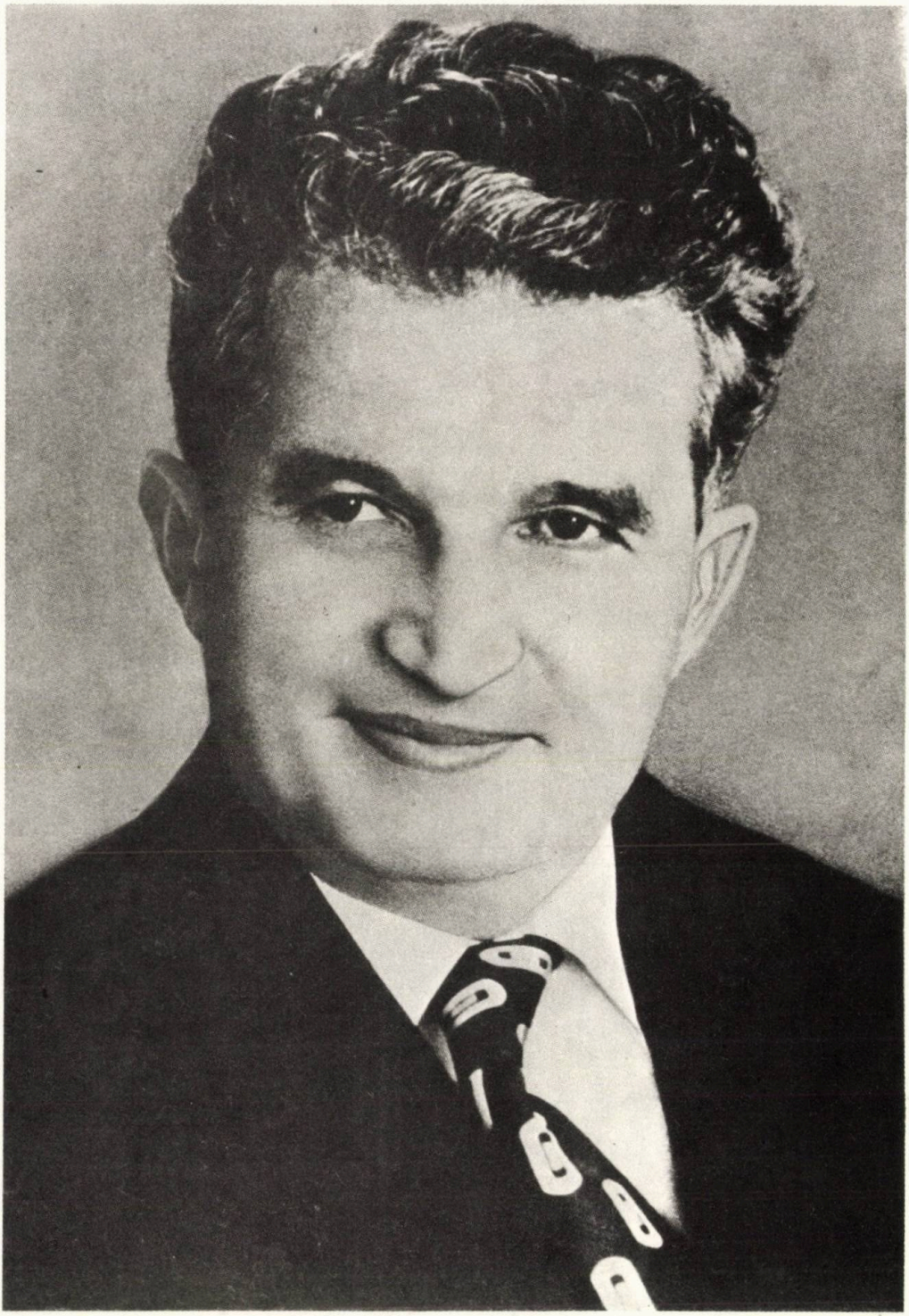
SOFIA ALEXANDRU, DR. **ILEANA ANTONESCU-BOTEZAT**, DR. DOC. **A. ATHANASIU**, DR. **ELENA BARNEA**, CONF. DR. **AL. BĂDĂNOIU**, PROF. DR. DOC. **ȘT. BERCEANU**, DR. **G. BRĂTESCU**, PROF. DR. **C. BURLIBAȘA**, CONF. DR. **ELENA BUTOIANU**, PROF. DR. **I. CIULEI**, DR. **I. COJOCARU**, DR. **FL. COLONAȘ**, FARM. **LUDMILA COSMOVICI**, CONF. DR. DOC. **M. COTRĂU**, DR. **N. CRIȘAN**, CONF. DR. **I. DRĂGAN**, DR. **C. DUMITRACHE**, DR. **MARIANA DUMITRACHE**, CONF. DR. **C. DUMITRESCU**, PROF. DR. DOC. **P. FIRU**, DR. **FLOREA MARIN**, DR. **ELEONORA FLORIAN**, DR. **ȘERBAN GEORGESCU**, DR. DOC. **I. GHERMAN**, DR. **AL. GHEORGHIU**, DR. FARM. **EM. GHEORGHIU**, CERCET. PR. **A. ICHIM**, DR. **OCT. IENIȘTEA**, DR. BIOL. **DOINA IOAN**, DR. **ANDREI IONESCU**, DR. **SABIN IVAN**, DR. **I. JOCU**, **ELISA MADOLCIU**, PROF. **C. MANOLACHE**, DR. **M. MATEICIUC**, **D. C. MAZILU**, DR. **C. MAXIMILIAN**, DR. **MADELEINE MĂICĂNESCU-GEORGESCU**, PROF. DR. **SERGIU MĂNESCU**, PSIH. **GABRIELA MIHĂILESCU**, DR. **VL. MIHĂILESCU**, **I. MURGAN**, DR. **M. NEGUȚ**, DR. **STĂNICĂ NICOARĂ**, **NIC. NICOLAESCU**, **A. NICOLESCU**, PROF. DR. **V. NITZULESCU**, DR. **O. OPRIAN**, CONF. DR. **CORNELIA PĂUNESCU**, CONF. DR. DOC. **V. PETRESCU-COMAN**, DR. **R. PIEPTEA**, DR. **OCT. POPESCU**, **V. D. POPA**, DR. **I. RĂDULESCU**, DR. **M. RĂDULESCU**, DR. **GH. ROMANESCU**, **A. STOICA**, DR. **V. STOICA**, PSIH. **GABRIELA STOLTZ**, PROF. DR. **V. STROESCU**, DR. **GH. STOICESCU**, **ILEANA ȘERBĂNESCU-BERAR**, **PAUL ȘTEFĂNESCU**, **SANDU ȘTEFĂNESCU**, PROF. DR. **GH. TĂNĂSESCU**, DR. **FL. TUDOSE**, PROF. DR. DOC. **L. ȚURCANU**, DR. **LIDIA NICA-UDANGIU**, DR. **ȘT. NICA-UDANGIU**, **GH. ZARAFU**, PSIH. **MARIANA ZĂINESCU**, **L. ZISU**.

REDACTOR : *I. MURGAN*
SECRETAR DE REDACȚIE : *FLOAREA NIȚĂ*
TEHNOREDACTOR : *N. PANAITIDE*
PREZENTAREA GRAFICĂ :
CRISTEL RUDOLF – DORANA COȘOVEANU

Ex. până 2022

EDITURA MEDICALĂ
BUCUREȘTI

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU
93309



TOVARĂȘUL NICOLAE CEAUȘESCU

Secretar general al Partidului Comunist Român
Președintele Republicii Socialiste România

Colind ostaşilor în alb

Vă colindăm de sănătate,
de-atît noroc şi fericire
pe cît luptaţi dorind a trece
fiinţa noastră-n nemurire !

Cînd nu mai credem în minune,
cînd vorbele ne scad în şoapte,
voi, singurii, sînteţi refuzul
de-a ne vedea plecaţi spre noapte.

În palma minţii creatoare
remodelaţi mereu atomul
şi căutaţi formula-armă
să crească-n robustețe omul.

Printre seringi, tifoane, seruri
şi bisturie şi pilule,
voi, singurii, vedeţi salvarea
în clipele speranţei nule.

Atunci cînd minus infinitul
ne cheamă viaţa-n alte cursuri,
voi sînteţi ultima instanţă
la care-naintăm recursuri.

În casa sufletelor voastre,
ce n-au pereche-n puritate,
venim la ceasul de-nnoire
şi colindăm de sănătate.

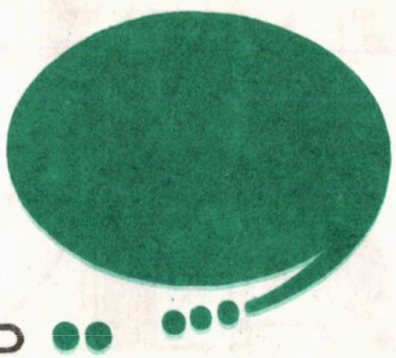
Urăm de liniște şi pace
armatei în halate albe –
să-i fie lerui-ler de-a pururi
şi florile să-i fie dalbe !

SANDU ŞTEFĂNESCU

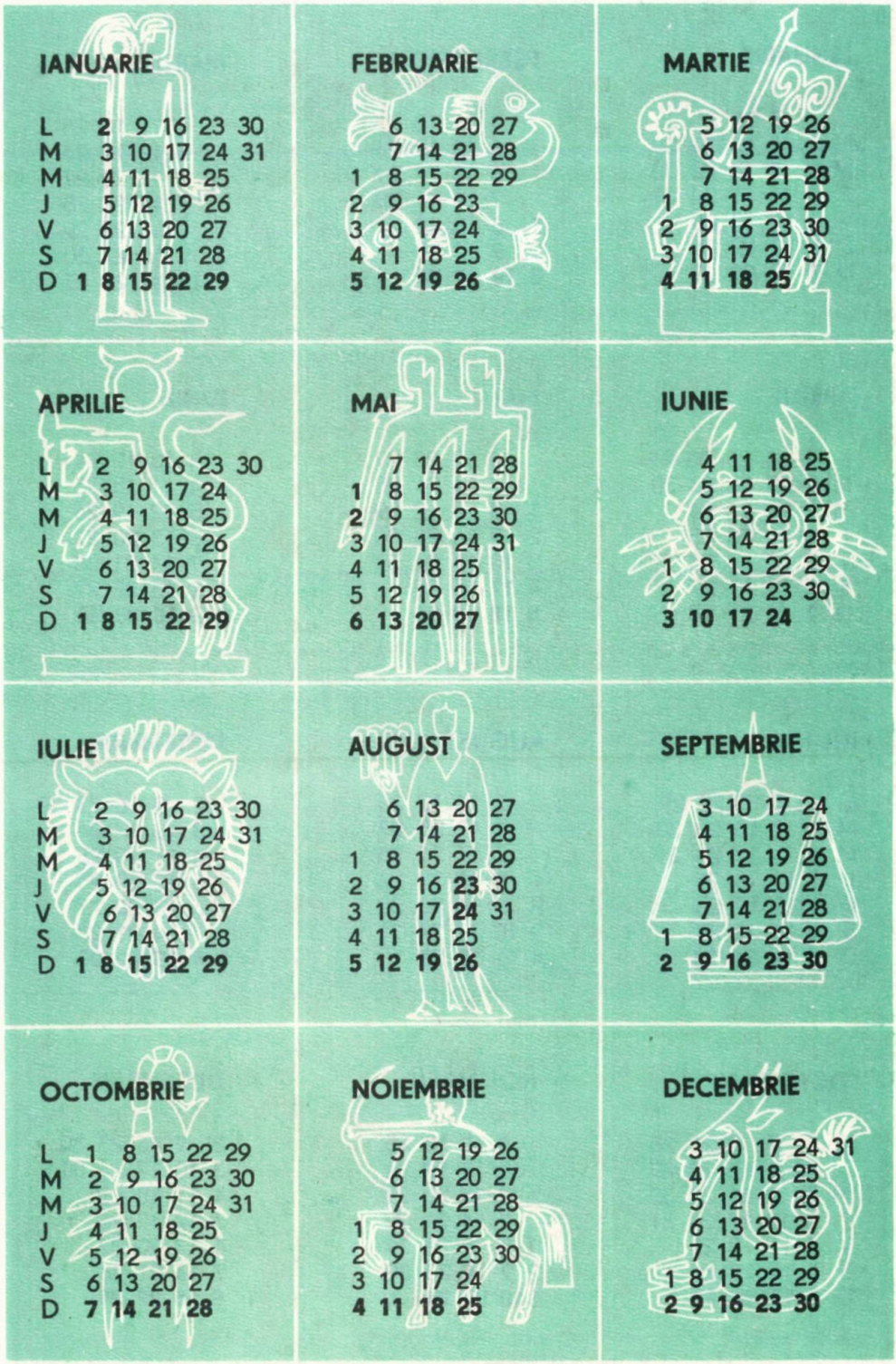
LA MULŢI ANI !

din cuprins

- SEMNIFICAȚIA ȘI IMPORTANȚA PROGRAMULUI DE ALIMENTAȚIE ȘTIINȚIFICĂ A POPULAȚIEI
- ALIMENTAȚIA ENERGETICĂ TRADIȚIONALĂ
- MEDICINA OMULUI SĂNĂTOS
- DE LA EMPIRISM LA CERCETAREA MATEMATICĂ A FENOMENULUI BIOLOGIC
- CENTENARUL A DOI EMINENȚI CLINICIENI : DANIEL DANIELOPOLU ȘI NICOLAE GH. LUPU
- DE CE ȘI CÎND NE VACCINĂM COPIII
- UN EVENIMENT IMPORTANT ÎN FAMILIE : APARIȚIA DINȚILOR LA COPII
- POFTA DE MÎNCARE, INDICATOR AL STĂRII DE SĂNĂTATE A COPILULUI
- TULBURĂRI PSIHOAFECTIVE ȘI DE COMPORTAMENT LA COPII
- HIPOTROFIILE STATURALE
- SURZENIA NU CONSTITUIE UN OBSTACOL ÎN EDUCAREA COPILULUI
- EȘECUL ȘCOLAR NU ESTE O FATALITATE, DAR NICI UN SIMPLU ACCIDENT
- PUBERTATEA ȘI ADOLESCENȚA
- EȘECURILE LA ÎNVĂȚĂTURĂ ȘI STAREA DE SĂNĂTATE
- INTOXICAȚII PRIN LANȚURI ALIMENTARE
- PESTICIDELE
- CUM NE PUTEM APĂRA ÎMPOTRIVA CHISTULUI HIDATIC
- ȘTIȚI CE ESTE „HIPNOBIOZA" ?
- MICOZELE PLIURILOR ȘI ALE UNGHIILOR
- BOLI DE PIELE PROVOCATE DE INFECȚII VIRALE
- RADIOLOGIA, RAMURĂ DE BAZĂ A ȘTIINȚEI MEDICALE
- SÎNT RAZELE X PERICULOASE PENTRU ORGANISMUL OMULUI ?
- MEDICAMENTELE ȘI CONDUCEREA AUTO
- PSIHOIGIENA TIMPULUI LIBER
- MUZICA ȘI MEDICINA
- LONGEVITATEA ODINIOARĂ ȘI AZI
- CUM NE APĂRĂM DE INSOMNIE
- VÎRSTE CRITICE, DE IMPAS PSIHOLOGIC
- COMPUTER-TOMOGRAFIA — O NOUĂ METODĂ DE DIAGNOSTIC
- PROTEINA A STAFILOCOCICĂ, UN NOU REMEDIU ÎMPOTRIVA CANCERULUI ?
- NOI MIJLOACE DE TRATAMENT ÎN LEUCEMIILE ACUTE. REVERSORII CELULARI
- O NOUĂ METODĂ DE TRATAMENT ÎN CARDIOPATIA ISCHEMICĂ
- ASPECTE ÎN STOMATOLOGIA INFANTILĂ
- EXTRACȚIA DENTARĂ
- CE TREBUIE SĂ ȘTIM DESPRE PROTEZELE DENTARE MOBILIZABILE : SFATURI ȘI RECOMANDĂRI
- STADIUL ACTUAL AL IMPLANTOLOGIEI DENTARE
- CÎTE CEVA DESPRE APITERAPIE
- PLANTELE MEDICINALE, SURSE DE SĂNĂTATE
- CAFEA CU... ZAHĂR
- O PROBLEMĂ CARE PREOCUPĂ ÎNTREAGA OMENIRE : ALCOOLISMUL
- COSMETICA LA DOMICILIU
- SUGESTIA, ARMĂ PERFIDĂ A SECTELOR RELIGIOASE
- MACHIAJUL ȘI MODA DE-A LUNGUL VREMURILOR
- SÎNII, O PROBLEMĂ ?
- STERILITATEA CUPLULUI
- MENOPAUZA
- ANDROPAUZA
- DIN SECRETELE ACOMODĂRII CU SOLICITĂRILE VIEȚII MODERNE
- 10 REGULI PENTRU EVITAREA SUPRASOLICITĂRII
- PAGINI DE UMOR
- JOCURI REBUSISTE



1984 • 1984 • 1984 *CALENDAR*



IANUARIE

L	**2**	9	16	23	30	
M	3	10	17	24	31	
M	4	11	18	25		
J	5	12	19	26		
V	6	13	20	27		
S	7	14	21	28		
D	**1**	**8**	**15**	**22**	**29**	

FEBRUARIE

	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23			
3	10	17	24			
4	11	18	25			
5	**12**	**19**	**26**			

MARTIE

	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		
4	**11**	**18**	**25**			

APRILIE

L	2	9	16	23	30	
M	3	10	17	24		
M	4	11	18	25		
J	5	12	19	26		
V	6	13	20	27		
S	7	14	21	28		
D	**1**	**8**	**15**	**22**	**29**	

MAI

	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	**13**	**20**	**27**			

IUNIE

	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	**10**	**17**	**24**			

IULIE

L	2	9	16	23	30	
M	3	10	17	24	31	
M	4	11	18	25		
J	5	12	19	26		
V	6	13	20	27		
S	7	14	21	28		
D	**1**	**8**	**15**	**22**	**29**	

AUGUST

	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	**23**	30		
3	10	17	**24**	31		
4	11	18	25			
5	**12**	**19**	**26**			

SEPTEMBRIE

	3	10	17	24		
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	**9**	**16**	**23**	**30**		

OCTOMBRIE

L	1	8	15	22	29	
M	2	9	16	23	30	
M	3	10	17	24	31	
J	4	11	18	25		
V	5	12	19	26		
S	6	13	20	27		
D	**7**	**14**	**21**	**28**		

NOIEMBRIE

	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24			
4	**11**	**18**	**25**			

DECEMBRIE

	3	10	17	24	31	
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	**9**	**16**	**23**	**30**		

CALENDAR 1984 • 1984 • 1984

CALENDAR 1985 • 1985 • 1985

IANUARIE

L		7	14	21	28
M	1	8	15	22	29
M	2	9	16	23	30
J	3	10	17	24	31
V	4	11	18	25	
S	5	12	19	26	
D	**6**	**13**	**20**	**27**	

FEBRUARIE

		4	11	18	25
		5	12	19	26
		6	13	20	27
		7	14	21	28
1		8	15	22	
2		9	16	23	
3		**10**	**17**	**24**	

MARTIE

		4	11	18	25
		5	12	19	26
		6	13	20	27
		7	14	21	28
1		8	15	22	29
2		9	16	23	30
3		**10**	**17**	**24**	**31**

APRILIE

L	1	8	15	22	29	
M	2	9	16	23	30	
M	3	10	17	24		
J	4	11	18	25		
V	5	12	19	26		
S	6	13	20	27		
D	**7**	**14**	**21**	**28**		

MAI

		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	**12**	**19**	**26**			

IUNIE

	3	10	17	24		
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	**9**	**16**	**23**	**30**		

IULIE

L	1	8	15	22	29	
M	2	9	16	23	30	
M	3	10	17	24	31	
J	4	11	18	25		
V	5	12	19	26		
S	6	13	20	27		
D	**7**	**14**	**21**	**28**		

AUGUST

		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1		8	15	22	29	
2		9	16	23	30	
3	10	17	24	31		
4	**11**	**18**	**25**			

SEPTEMBRIE

	2	9	16	23	30	
	3	10	17	24		
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	**8**	**15**	**22**	**29**		

OCTOMBRIE

L		7	14	21	28	
M	1	8	15	22	29	
M	2	9	16	23	30	
J	3	10	17	24	31	
V	4	11	18	25		
S	5	12	19	26		
D	**6**	**13**	**20**	**27**		

NOIEMBRIE

		4	11	18	25	
		5	12	19	26	
		6	13	20	27	
		7	14	21	28	
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	**10**	**17**	**24**			

DECEMBRIE

	2	9	16	23	30	
	3	10	17	24	31	
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	**8**	**15**	**22**	**29**		

1985 • 1985 • 1985 *CALENDAR*

editorial

Anul 1984 se înscrie ca o nouă etapă, un moment de referință majoră al epocii istorice pe care o străbatem cu îndrăzneală și cutezanță revoluționară, epocă ce poartă pecetea marilor transformări în modul de a gîndi și a acționa al oamenilor. Ne aflăm astăzi în fața unor timpuri noi, care prin conținutul lor bogat în idei și fapte cer oameni noi, mentalități noi.

„Să nu uităm nici un moment, sublinia recent secretarul general al partidului, tovarășul Nicolae Ceaușescu, că tot ceea ce am realizat și ne propunem să înfăptuim în viitor se datorează oamenilor, depinde de oameni".

În contextul dezvoltării multilaterale a societății, întrepătrunderea dintre condiționarea programului tehnico-științific și cel economic implică în mod imperios o stare optimă de sănătate a populației, capacitatea integrală de muncă a omului. În zilele noastre, rolul social al medicinii, integrarea activității personalului sanitar în ansamblul general al dezvoltării constituie elemente fundamentale, obligații morale și juridice în făurirea societății socialiste. Iată de ce medicina socialistă a anului 1984 pune din nou în fața corpului medical cultivarea unor înalte virtuți morale și profesionale, dezvoltarea răspunderii și înțelegerii, deopotrivă pentru omul sănătos și pentru cel bolnav.

Pășirea în noul an este un prilej de a face bilanțul unui an de muncă și strădanii, de a trece în revistă realizările importante obținute în 1983 și, totodată, de a privi cu înaltă responsabilitate spre timpul care vine, de a contura cu claritate și în spirit revoluționar obiectivele spre care țintim în viitor.

Putem spune acum, la început de drum nou, că avem tot ceea ce ne trebuie să realizăm pe deplin mărețele sarcini pe care partidul și statul nostru socialist le-a încredințat sectorului de ocrotire a sănătății prin „Programul general de dezvoltare economică și socială a țării".

Succesele obținute în anul 1983 ne îndreptățesc să privim cu sporită încredere spre anul ce vine. Este îndeobște cunoscut că România, cîndva una dintre țările europene cu cea mai mare mortalitate generală și infantilă, cu numărul cel mai crescut de boli contagioase, cu probleme dintre cele mai grele în privința capacității unităților sanitare, a devenit azi o țară liberă și prosperă, cu o industrie puternică și agricultură socialistă, într-un grandios proces revoluționar de dezvoltare intensivă, cu o cultură nouă și înfloritoare, o țară în plin avînt economic și social. Republica Socialistă România se situează astăzi printre țările cu indicatori buni ai stării de sănătate. Bolile transmisibile au fost în cea mai mare parte eradicate, mortalitatea generală a scăzut la jumătate față de perioada antebelică, iar cea infantilă s-a redus de peste 6 ori, înregistrîndu-se, la sfîrșitul anului 1983, cel mai mic număr de decese la copii cu vîrsta de la 0—1 an din istoria medicală a țării noastre. Durata medie de viață a crescut de la 42 ani, cît era în 1938, la peste 70 de ani, în etapa actuală.

Toate acestea demonstrează cu putere justețea politicii promovate cu consecvență de partidul nostru, sînt rezultatul gîndirii creatoare și al spiritului întreprinzător al conducătorului său iubit, tovarășul Nicolae Ceaușescu, cel care conduce cu pricepere și clarviziune destinele țării. Personalitate proeminentă a epocii contemporane, care a înnobilat, cu gîndul și fapta sa, lupta pentru pacea mondială, președintele Republicii Socialiste România, tovarășul Nicolae Ceaușescu, a pus temelie trainică la baza politicii de construire a societății socialiste multilateral dezvoltate în patria noastră, a făurit cadrul economic și social general pentru bunăstarea și fericirea omului, a deschis o largă perspectivă afirmării depline a personalității umane.

Este cunoscut de întregul popor că în Programul partidului apărarea și întărirea continuă a stării de sănătate reprezintă un element esențial al ridicării calității vieții, al menținerii vigoarei și tinereții întregii noastre națiuni.

Cifrele atestă cu puternică forță convingătoare realismul politicii sanitare a partidului. Măsurile complexe integrate în pla-

editorial

nul unic de dezvoltare a țării, dinamica fondurilor alocate anual acestui important sector de activitate reflectă un drum pe care se merge hotărît și care este mereu în ascensiune.

Avem în prezent peste 198 000 de paturi în spitale, 440 de policlinici, 5 750 de dispensare și multe alte unități sanitare profilate și bine organizate, destinate asigurării unei asistențe medicale accesibile, specializate și de înaltă calitate, întregii populații. Paralel cu dezvoltarea capacităților de îngrijire medicală, s-au impus și s-au luat măsuri statornice pentru creșterea continuă a numărului personalului sanitar. La începutul noului an, vom dispune de 36 745 de medici, 7 285 de stomatologi, 6 588 de farmaciști, precum și de 134 270 personal sanitar mediu.

Anul care a trecut a marcat, pe lîngă alte evenimente politice și sociale de o deosebită importanță pentru mersul înainte al societății noastre, și pe acela al Consfătuirii de lucru pe țară cu activul de bază din domeniul ocrotirii sănătății. Această consfătuire a constituit o adevărată răspîntie de gînduri și țeluri noi pentru întregul personal sanitar din rețeaua de asistență medicală. Îndemnurile și indicațiile date, orientările ce s-au conturat cu acest prilej stau la baza activității tuturor unităților sanitare, reprezintă fundamentul a noi obiective și măsuri tehnico-organizatorice cuprinse în planurile de activitate ale Ministerului Sănătății, ale direcțiilor sanitare, ale tuturor instituțiilor care au sarcini în domeniul ocrotirii sănătății.

Dezvoltarea acțiunilor în domeniul demografiei prin sporirea grijii pentru asistența mamei și copilului, organizarea mai bună a asistenței medicale la locul de muncă, trecerea centrului de greutate a asistenței medicale de la spitale la nivelul policlinicilor și dispensarelor, prin întărirea asistenței medicale ambulatorii și a rolului medicului generalist, sporirea răspunderii întregului personal sanitar față de economicitatea actului medical, grija deosebită pentru bunurile unităților sanitare și înlăturarea oricărei risipe, respectarea fermă a obligațiilor ce ne revin în exercitarea profesiunii de medic, caracterizată prin omenie și profundă înțelegere pentru omul în suferință, reprezintă doar cîteva din elementele de bază ce întregesc ansamblul măsurilor preconizate de consfătuire, pentru etapa viitoare a activității noastre.

Personalul nostru sanitar este confruntat în prezent cu o morbiditate a cărei structură se aseamănă în mod substanțial cu cea întîlnită în țările dezvoltate. Avem astăzi programe de prevenire și asistență medicală în bolile cardiovasculare, cancer, diabet și alte boli metabolice, tuberculoză etc. Marile eforturi se îndreaptă spre cunoașterea și înlăturarea unor factori cauzali, depistarea timpurie și instituirea unor tratamente adecvate, aplicarea unor proceduri și mijloace complexe de recuperare medicală.

Promovînd medicina omului sănătos, ca unul din elementele primordiale ale activității în domeniul ocrotirii sănătății, răspundem unei cerințe fundamentale a medicinii moderne, care pune bază pe eliminarea din mediul de muncă și viață a tot ceea ce poate dăuna echilibrului dintre ecologie și biologie. În spiritul umanismului revoluționar, ce caracterizează întreaga politică a partidului și statului nostru, și în conformitate cu programul general de ridicare a gradului de civilizație și cultură a poporului, societatea socialistă asigură tuturor cetățenilor condiții tot mai bune pentru întărirea stării de sănătate, pentru ocrotirea și consolidarea familiei, pentru creșterea pregătirii și educării noilor generații, pentru crearea unei ambianțe generale cît mai favorabile vieții și muncii oamenilor. Tot ceea ce s-a realizat pînă în prezent în țara noastră, în toate domeniile, a avut și are ca scop îmbunătățirea condițiilor de viață și de muncă, pentru ca oamenii să trăiască mai bine, să fie mai sănătoși și să fie apărați de îmbolnăviri.

La buna ocrotire a sănătății poporului a contribuit, fără îndoială, și munca eroică a personalului sanitar, devotamentul cu care acesta își face datoria, fiind angajat, cu toată priceperea și abnegația, să

apere sănătatea celor 22 de milioane de cetățeni ai țării.

Medicina nu se situează deasupra altor științe, dar fără o medicină bine organizată, fără un învățămînt temeinic organizat, fără un corp medical bine pregătit, eficiența acesteia nu se poate situa la nivelul cerințelor actuale. Medicina de azi a țării este admirabil conturată în „Legea privind asigurarea sănătății populației", unde se consfințesc toate cuceririle socialismului în acest domeniu. Au trecut 5 ani de la aplicarea legii și intrăm acum în cel de-al 6-lea. Aplicarea principiilor de bază ale acestei legi asigură sectorului de ocrotire a sănătății noi și importante posibilități de dezvoltare a activității curativo-profilactice, adîncește an de an rolul rețelei sanitare de bază în apărarea și promovarea sănătății tuturor cetățenilor, accesul lor neîngrădit și operativ la actul medical, ridică permanent calitatea și eficiența muncii medico-sanitare.

Promovarea pe plan național a profilaxiei în toate domeniile de lucru este strîns legată de interesul manifestat de cetățeni, de marea masă a populației, pentru apărarea propriei sănătăți. Respectarea cu mai multă exigență a principiilor de igienă în locurile publice, în toate împrejurările și în fiecare situație ce impune aceasta este o condiție esențială pentru autoapărarea sănătății, pentru prevenirea îmbolnăvirilor generale, profesionale și chiar a unor categorii de accidente. Este sarcina majoră a personalului sanitar de a dezvolta pe un front larg acțiunile cu rol educativ în domeniul sănătății publice, pentru a face din personalul muncitor, din femei, din tineri și din copii, participanți activi la acțiunile de prevenire, copărtași convinși la efectul pozitiv al autoprotejării. Numai prin atragerea oamenilor de toate categoriile, a întregii populații, la înlăturarea cauzelor generatoare de îmbolnăviri, la menținerea igienii și curățeniei, la respectarea normelor sanitare în gospodărie, la locul de muncă, în școli, în toate unitățile socialiste, individul și colectivitatea vor putea fi feriți de îmbolnăviri, de izbucnirea unor epidemii.

S-a spus în repetate rînduri — dar de cîte ori o vom spune nu este niciodată îndeajuns — că a face medicină înseamnă, înainte de toate, competență. O competență profesională care să confere autoritate profesională și, în mod corespunzător, un larg orizont în felul de a gîndi și a munci.

editorial

În profesiunea de medic, poate mai mult decît în oricare alta, se impune astăzi o pregnantă receptivitate față de nou, capacitatea de a acumula continuu cunoștințe noi, de a cunoaște adîncurile vieții biologice și a înțelege subtilitățile legilor ei. Bagajul de cunoștințe, valoarea profesională, experiența înaintată și îmbogățită permanent cu fapte și idei îndrăznețe stau chezășie probității morale și exigenței profesionale în întregul proces al asistenței medicale. Angajarea personalului sanitar în acțiunile medicale nu trebuie să aibă un caracter formal. Actul medical, la nivelul înalt la care trebuie să se ridice, cere cunoștințe, dar și conștiință, inteligență, dar și omenie, pregătire, dar și devotament. Numai în acest mod se poate aprecia la justa valoare desăvîrșirea profesională și înalta calitate a medicului.

Alături de celelalte domenii ale științei și tehnicii din țara noastră, medicina progresează și ea cu pași repezi, se perfecționează într-un ritm neîncetat. În anul ce vine cercetarea științifică trebuie să reflecte pe deplin preocuparea medicinii de azi, să găsească soluții perfect valabile tendințelor, structurilor și posibilităților zilelor noastre, să dezvolte necontenit acea latură a științelor medicale care se adresează colectivității și marilor probleme actuale, cu alte cuvinte să se adapteze realităților obiective ale societății, să răspundă nevoilor reale ale deceniului „80". Legea nu îngăduie cercetări fără perspectivă, nu încurajează studii fără suport practic, obiectiv.

La toate preocupările și orientările majore ale anului 1984, întregul personal sanitar are datoria să participe cu toată priceperea și puterea de muncă, să fie mereu în fruntea acțiunilor, să contribuie, alături de întregul popor, la progresul societății, la creșterea bunăstării materiale și spirituale, la ridicarea calității vieții întregii noastre națiuni.

Dr. **AUREL GHEORGHIU**
director adjunct la Direcția asistenței medicale din Ministerul Sănătății

O PROBLEMĂ DE MARE ACTUALITATE

Semnificaţia şi importanţa Programului de alimentaţie ştiinţifică a populaţiei

CONF. DR. **CONSTANTIN DUMITRESCU**
Clinica de nutriţie şi boli metabolice, I.M.F. Bucureşti

Cercetări de fiziologie experimentală a alimentaţiei, efectuate cu multe decenii în urmă, au arătat că animalele, prin libera alegere a alimentelor, realizează o dezvoltare tot aşa de bună ca şi cu un regim impus. Dacă li se pun la dispoziţie – spre exemplu – proteine de calitate diferită, ele aleg în mod spontan pe cele mai bune.

S-a pus în evidenţă de către cercetători existenţa, atît la animale cît şi la om, a unui mecanism fiziologic care pune de acord permanent consumul spontan de alimente, atît pe plan cantitativ, cît şi calitativ, cu nevoile energetice şi plastice ale organismului într-un moment dat. Evident că acest mecanism de autoreglare al organismului se realizează în condiţii de sănătate perfectă şi ale unei disponibilităţi variate şi suficiente de hrană.

Generalizînd şi exagerînd mecanismul liberei alegeri a hranei, Richter a formulat *teoria self-selecţiei,* conform căreia, atît animalul, cît şi omul, îşi reglează ingestia de alimente în funcţie de nevoi. Pornind de la aceste date, autorul sus-menţionat a ajuns la o concepţie idealistă şi neştiinţifică, în sensul că valoarea nutritivă a unui aliment poate fi măsurată nu după calităţile sale nutritive intrinseci, verificate şi verificabile, ci după simpla atracţie a animalului sau omului pentru alimentul respectiv. Astfel, teoria self-selecţiei face abstracţie de faptul că, din motive socio-economice, omul nu are la dispoziţie, în orice moment, toată gama de alimente din care să-şi aleagă pe cele de care are nevoie. S-ar putea aprecia, că dacă un individ din ţările slab dezvoltate, constrîns de lipsuri, consumă alimentele disponibile în acel moment, aceasta ar corespunde cu satisfacerea nevoilor sale nutritive. O serie de alte observaţii sînt în măsură să ne arate că teoria self-selecţiei trebuie privită critic. Se cunoaşte faptul că o serie de modificări privind culoarea sau gustul alimentelor pot mări atracţia animalului de laborator sau chiar a omului pentru acestea, deşi ele nu corespund totdeauna şi din punct de vedere calitativ. Se poate adăuga, de asemenea, că unele preferinţe alimentare, mai ales cele ale copiilor, odată satisfăcute, acoperă nevoile calitative ale raţiei, dar pot produce tulburări nutritive.

În contrast cu tendinţele idealiste în problemele nutriţiei, biologia materialistă ne arată că este necesar, că trebuie să intervenim activ pentru o alimentaţie raţională a individului, care nu trebuie lăsată nicidecum pe seama simplei alegeri.

Justificările pentru acest punct de vedere sînt multiple.

La orice popor, timp de generaţii, s-a stabilit un anumit tip de alimentaţie tradiţională, care a devenit parte integrantă a vieţii fiecărui individ, în funcţie de zona geografică, culturile adecvate, condiţiile climatice, activitate etc. Practica a dovedit că individul este foarte conservator în modul său de alimentaţie (de aici expresia „mîncare ca la mama acasă") care poate rămîne la un moment dat în urma mutaţiilor socio-economice care impun modificări şi în modul de alimentaţie.

Viaţa omului zilelor noastre diferă mult de cea a semenilor noştri din urmă cu

4–5 decenii. Munca fizică, efortul în procesul muncii s-au redus progresiv prin industrializare, mecanizarea şi automatizarea proceselor de producţie.

Ritmul alert de viaţă şi de muncă în condiţiile aglomerărilor mari de populaţie au modificat orarul de masă, au impus alimentaţia „din pachet" în cursul zilei, masa unică, de cele mai multe ori după amiaza sau seara, cu implicaţii negative asupra stării de nutriţie.

Aprovizionarea cu alimente a marilor colectivităţi nu este posibilă fără intervenţia alimentelor conservate, prelucrate, semipreparate, care duc la modificarea structurii alimentaţiei. Pregătitul alimentelor în grabă, simplificarea tehnicilor culinare au sporit consumul de alimente rafinate (făinoase, patiserie, zahăr, băuturi răcoritoare îndulcite etc.), care au creat condiţiile unui aport caloric mare într-un volum mic, în detrimentul consumului de legume, fructe, lactate.

Paralel cu aceste modificări, în modul de alimentaţie al omului din zilele noastre a crescut consumul unor toxice ale vieţii moderne, cum ar fi consumul de alcool, cafea şi tutun. În condiţiile vieţii stresante din marile aglomeraţii umane din oraş are loc un cumul al acestor „factori de risc" pentru îmbolnăvire, care a dus la un anumit profil caracteristic al patologiei actuale : creşterea incidenţei aterosclerozei şi a complicaţiilor cardiovasculare ale acesteia, a obezităţii, diabetului zaharat, hiperlipoproteinemiilor (creşterea grăsimilor în sînge), a maladiei ulceroase etc.

Toate afecţiunile de mai sus, care afectează starea de sănătate a poporului muncitor, sînt corelate cu un mod defectuos de alimentaţie şi de viaţă, generat de factorii menţionaţi anterior.

Apare normal că în aceste condiţii, în societatea noastră socialistă, în care sănătatea şi continua îmbunătăţire a nivelului de trai material şi spiritual al poporului este ţelul suprem, să apară preocuparea pentru o alimentaţie ştiinţifică a populaţiei, menită să păstreze deplina sănătate şi capacitate de muncă fizică şi intelectuală a fiecărui cetăţean.

Această preocupare, de un profund umanism, este concretizată în „Programul de alimentaţie ştiinţifică a populaţiei", care face un bilanţ actual şi de perspectivă al modului de alimentaţie a poporului nostru. Este evident că nu este vorba de a se drămui zilnic ce şi cum mîncăm fiecare, că nimeni nu va veni să ne controleze ce mîncăm şi cît mîncăm.

Problema fundamentală care trece ca un fir conducător în tot acest program este necesitatea de a adapta modul de alimentaţie actual la condiţiile de viaţă şi de muncă, la consumul energetic real, la cerinţele tiziologice corespunzătoare sexului, gradului de efort, vîrstei etc.

Nu este vorba de a se renunţa la modul de alimentaţie tradiţional, ci de a-l modifica, treptat şi pe baze ştiinţifice, la nevoile energetice actuale, la modul de viaţă al omului modern.

„Programul de alimentaţie ştiinţifică a populaţiei" ne invită să îmbinăm „utilul cu plăcutul" în alimentaţie, să asigurăm ponderea necesară între diferitele principii alimentare, necesare unei dezvoltări armonioase a organismului.

Din motivele amintite apare că în momentul de faţă consumăm mai multe grăsimi, făinoase şi zaharuri, în detrimentul legumelor, fructelor şi al proteinelor animale (carne, peşte, lapte, brînză). „Programul de alimentaţie ştiinţifică" nu înregistrează numai pasiv aceste aspecte, ci trasează şi liniile directoare ale dezvoltării ulterioare, susceptibile să creeze condiţiile materiale necesare unei alimentaţii corespunzătoare. Se are în vedere, în perspectiva apropiată, creşterea consumului de legume şi fructe, de proteine animale, odată cu scăderea „caloriilor goale", bogat calorigene, provenite din grăsimile animale, zahăr şi făinoase.

Desigur că aceasta nu se va realiza de la o zi la alta. Este necesar un program vast şi susţinut de educaţie sanitară la toate nivelurile, pentru a convinge pe fiecare cetăţean din patria noastră că tot ceea ce se face este în interesul lui, că „Programul de alimentaţie ştiinţifică" este menit să îndeplinească funcţia de îndreptar pentru o nutriţie corectă, care să-l pună la adăpost de gravele consecinţe care le implică excesul alimentar şi, în măsură egală, subnutriţia, lipsurile alimentaţiei corecte.

Programul prefigurează şi sarcinile viitoare privind dezvoltarea corespunzătoare a producţiei de bunuri de consum agroalimentare, a alimentaţiei publice şi a unităţilor de consum colectiv, a cercetării în domeniul industriei alimentare şi nutriţiei, a educaţiei populaţiei.

Nu trebuie neglijată nici contribuţia fiecărui cetăţean la autoaprovizionare, pe măsura posibilităţilor fiecăruia, avînd în vedere că mica producţie oferă tot ce este mai actual şi necesar în alimentaţia ştiinţifică : legume şi fructe proaspete, lapte, produse lactate, ouă etc.

Efortul individual şi colectiv, indicaţiile competente ale „Programului de alimentaţie ştiinţifică a populaţiei" vor duce, în mod sigur, la creşterea duratei medii de viaţă, la reducerea cazurilor de îmbolnăvire şi la păstrarea cît mai îndelungată a deplinei sănătăţi şi a capacităţii de muncă şi de creaţie a poporului nostru.

ALIMENTAȚIA ENERGETICĂ TRADIȚIONALĂ

Dr. **SABIN IVAN**
Sanatoriul balnear Eforie Nord

Aforismul poetului latin Horaţiu — „Multe dintre lucrurile uitate vor renaşte" —, referit la medicină, n-a fost niciodată de o mai mare actualitate ca în zilele noastre. O dovadă grăitoare o constituie revenirea, în tot mai multe ţări, la terapiile tradiţionale, unele dintre ele chiar milenare, în plin avînt al medicamentului de sinteză. Uzurparea drepturilor legitime, cîştigate de zeci de ani, ale aspirinei, piramidonului, luminalului sau chiar ale cortizonului, de către acupunctură, homeopatie, plantele medicinale, dietele speciale etc. se datoreşte însuşi medicamentului. De ce acest paradox în secolul celor mai spectaculoase realizări ale medicinii, secolul XX ?

Pentru cei mai mulţi înlocuirea unor medicamente cu terapii naturale nu este deloc surprinzătoare. Se ştie azi, cu toată certitudinea, că aproape toate medicamentele, consumate necontrolat sau în mod abuziv, nu numai că nu vindecă ci, dimpotrivă, produc noi boli, cunoscute sub numele de boli iatrogene. **În felul acesta omenirea s-a văzut în faţa unui nou flagel, poluarea medicamentoasă, la fel de nociv ca şi poluarea apei, aerului şi pămîntului. Bolile medicamentoase, în ordinea frecvenţei, constituie a patra cauză de deces, după bolile cardiovasculare, cancer şi accidentele de circulaţie. Ultimele statistici le situează chiar pe locul trei, la egalitate cu accidentele de circulaţie.**

În faţa acestui mare pericol, Organizaţia Mondială a Sănătăţii a tras deja semnalul de alarmă, printre măsurile recomandate fiind şi revalorificarea celor mai multe dintre terapiile tradiţionale, verificate, pentru eficienţă şi nenocivitate, de aspra probă a timpului. Dintre terapiile naturale recomandate, de cea mai mare popularitate se bucură acupunctura. **Cine n-a auzit — dacă nu a beneficiat încă — de micuţele ace chinezeşti ? Cîteva înţepături, în anumite puncte de pe piele, efectuate de către un specialist, şi multe dintre suferinţe, printre care, în primul rînd durerile, dispar ca prin minune.**

Care este mecanismul acestei milenare metode terapeutice, la mare vogă azi ? În concepţia medicinii tradiţionale chineze, boala este produsul perturbărilor energiilor Inn **şi** Iang, **care circulă prin organismul sănătos, în mod armonios, prin nişte**

canale invizibile, numite meridiane. Prin stimularea anumitor puncte de pe meridiane, cu ajutorul înțepăturilor de ac, se poate restabili echilibrul energetic. Deci se poate restabili starea de sănătate.

Stimularea punctelor se mai poate face, însă, și cu alte mijloace : masaj digital, căldură, curent electric special, cîmpuri electromagnetice etc.

Pentru echilibrarea energiilor, deci pentru dobîndirea stării de sănătate, medicina tradițională mai folosește și alte metode terapeutice, fie în scop profilactic, fie în scop curativ. Așa, de exemplu, un medic tradiționalist mai are la îndemînă plantele medicinale, masajul, gimnastica energetică și alimentația energetică.

Plantele medicinale se folosesc în China de mii de ani, obicei care a dăinuit pînă în zilele noastre. În prezent, se poate spune că în China nu există spital care să nu-și aibă propriul său teren, pe care să-și cultive plantele medicinale cu care să-și trateze bolnavii internați.

Tot în această țară se practică, pe scară largă, individual sau în grup, o gimnastică specială, cunoscută sub numele de Tai Chi Chuan (Tai = care conține ; Chi = energie ; Chuan = în acțiune, în mișcare). Gimnastica energetică cuprinde peste 80 de mișcări, cu ajutorul cărora se pot executa peste 260 de figuri. Fiind asemănătoare unui dans și contribuind la menținerea stării de sănătate, i se mai spune și „Dans de viață lungă". Gimnastica energetică se poate practica numai după o instruire specială.

Ce este alimentația energetică ? Este o dietă specială, folosită pentru reechilibrare energetică, deci pentru dobîndirea stării de sănătate.

Pentru medicul tradiționalist alimentele sînt energii necesare vieții, energii care, în anumite condiții, pot deveni dăunătoare pentru organism.

În acest caz vorbim de energii alimentare perverse, ele putînd provoca un dezechilibru energetic în organism. Astfel de energii perverse alimentare sînt alimentele sărate pentru rinichii bolnavi sau cele dulci pentru splină și pancreas. În interpretarea medicinii moderne energiile alimentare perverse nu sînt altceva decît abuzurile alimentare sau nerespectarea dietei prescrise de medic.

În concepția medicinii tradiționale chineze, bolile mai pot fi produse de energii perverse care vin din Cosmos, cum sînt vîntul, frigul, focul, umezeala etc. (pentru medicina modernă, factorii externi agresivi) și de energii perverse care vin de la om, cum sînt stările emoționale puternice (pentru medicina modernă, stresurile).

Tot medicina tradițională ne mai spune că fiecare organ își are propria sa energie, pe care o primește de la alimente speciale : dulci pentru ficat, sărate pentru splină și pancreas, amărui pentru plămîn etc. La prescrierea regimului dietetic energetic medicul tradiționalist are în vedere și acest fapt.

De cea mai mare importanță însă, în prescrierea unui regim alimentar, este caracterul energetic al fiecărui tip de aliment. În funcție de dezechilibrul energetic diagnosticat se vor indica unele din următoarele alimente :

— alimente de tip energetic Inn sînt : pătlăgeaua vînătă și roșie, salata, cartofii, castraveții, dovleacul, ciupercile, sfecla roșie, țelina, carnea de pui, de oaie, de viței, untul, iaurtul, laptele, șampania, vinul, berea, oțetul, lămîia etc. ;

— alimentele de tip energetic Iang sînt : grîul, orezul, meiul, ceapa, prazul, usturoiul, andivele, pătrunjelul, morcovii, semințele de dovleac prăjite, lintea, carnea de porumbel, de potîrniche, de rață, de curcan, ceaiul, mărarul, scorțișoara, sarea nerafinată, brînza de capră etc.

Alimentele de mai sus pot fi folosite drept medicamente. „Primele și cu adevărat medicamente sînt alimentele", se spune în Nei-King, canonul medicinii chineze (2700 î.e.n.).

Pentru o alimentație energetică corectă se va mai ține seama și de următoarele reguli : alimentele să fie bine și îndelung mestecate, pentru a fi extrase toate energiile din ele ; să fie bine pregătite și gustoase, ceea ce contribuie la o mai mare eficiență : dulciurile și grăsimile, în special cele animale, să fie limitate, iar cantitatea de cereale, legume și fructe să fie crescută. Orezul și fasolea, înainte de fierbere, trebuie să fie puse la înmuiat, în apă, timp de 12—24 de ore.

De o deosebită importanță este și aspectul cît mai plăcut, atractiv, al alimentelor gata pregătite. Bucătăria chineză, inclusiv cea tradițională, energetică, este recunoscută pentru aspectul deosebit de frumos al preparatelor sale. Renumite sînt salatele de legume, zarzavaturi și fructe aranjate cu mult gust artistic. Toate produsele sînt tăiate cu migală, în formă de flori, frunze sau animale. De foarte mare importanță este coloritul tuturor produselor culinare, cît mai atractiv, îmbinarea culorilor calde și reci constituind o adevărată artă. Pentru vechii chinezi aranjatul unei mese era o îndeletnicire de mare preț.

Un tip de alimentație energetică practicată azi, nu numai în Extremul Orient, dar și în Occident, este macrobiotica. Acest regim alimentar special a fost pre-

conizat de către medicul japonez Nyoiti Sakaurzawa, cunoscut în Occident sub numele de Georges Ohsawa. El a devenit adeptul alimentației energetice, practicată de mii de ani de strămoșii săi, la vîrsta de 16 ani cînd, grație acestui regim, se vindecă de tuberculoză, boală foarte gravă la vremea aceea (1910). Ohsawa nu numai că a folosit macrobiotica, dar în calitatea sa de medic a recomandat-o și altora. Despre o astfel de alimentație energetică, pe care a denumit-o macrobiotică sau regim de viață lungă (în lb. greacă : macros = mare, lung ; bios = viață), a scris foarte multe lucrări.

Regimul alimentar recomandat de Ohsawa conține peste 60% cereale, de preferință nedecorticate (grîu, orez, linte, năut, hrișcă), 30% fructe, zarzavaturi și legume, iar restul este completat cu puțină carne, ouă etc.

Se consideră dăunătoare dulciurile și proteinele în exces, amestecul proteinelor animale cu cele vegetale, amestecul fructelor cu cereale (produc fermentație), excitantele (alcoolul, cafeaua, tutunul), alimentele prea sărate, lichidele în cantități mari etc. În schimb se recomandă mestecatul alimentelor de 50 de ori, înainte de a fi înghițite, consumul fructelor împreună cu carne și ouă. De o mare importanță sînt zilele de post total, intercalate o dată sau de două ori pe săptămînă, pentru a da organismului posibilitatea de a elimina cît mai multe toxine.

După cum se vede, macrobiotica este un regim foarte sărac în proteine, fapt pentru care are foarte mulți critici. Adepții unui astfel de regim alimentar recomandă macrobiotica numai pentru scurte perioade de timp, pentru a permite organismului o dezintoxicare binefăcătoare.

Pentru cei interesați vom prezenta cîteva preparate culinare tip Oshawa.

Nituke de legume. Se taie cîteva legume în bucăți lungi, după care se pun la fiert în ulei. Se consumă călduțe, după presărare cu foarte puțină sare și susan prăjit.

Chapati. Dintr-un aluat de făină de grîu se fac cîteva turtițe, care se coc la cuptor, într-o tavă. Se consumă reci sau călduțe, unse cu miere.

Tartă de legume. Cîțiva morcovi, cîteva cepe și o conopidă se fierb în ulei, apoi se așază într-o tavă, pe fundul căreia a fost pusă o foaie groasă dintr-un aluat de făină de grîu. Peste legume se toarnă sos Nituke. Se consumă călduță.

Salata de fructe și legume. Se taie puțină varză, cîțiva cartofi și cîteva mere, care împreună se vor fierbe în apă. Se consumă călduțe, după ce s-au turnat deasupra 4 linguri de ulei, în care a fost bătut un ou.

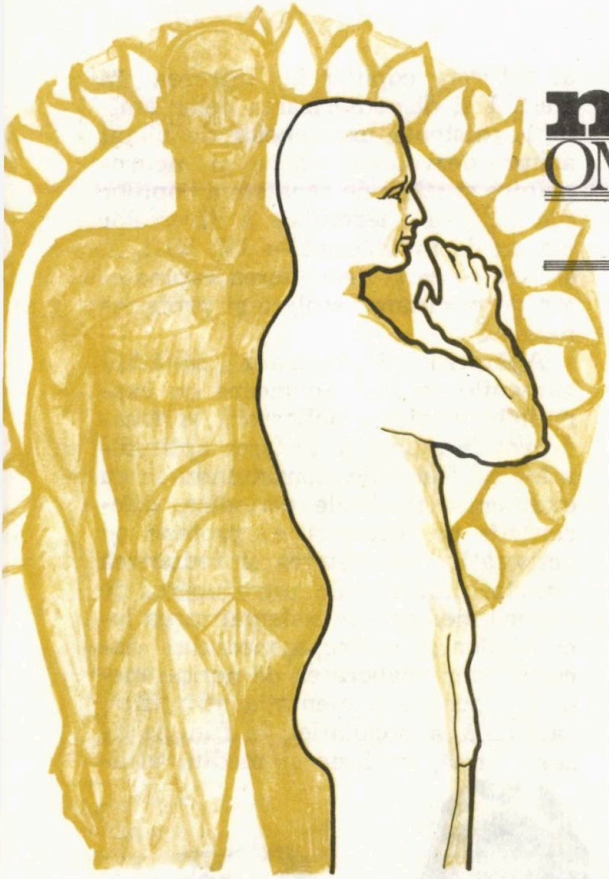
Cartofi la cuptor. Se curăță de coajă cîțiva cartofi, apoi, într-o mică scobitură făcută cu un cuțit, se pune susan. Astfel pregătiți, cartofii se introduc în cuptor într-o tavă, avînd grijă să se presare deasupra puțină scorțișoară. Se consumă calzi.

Cafeaua Ohsawa. Se prăjesc separat 2 linguri de orez, 2 de grîu, 2 de fasole roșie, una de mazăre și una de cicoare. După ce se amestecă, se prăjesc din nou, de data aceasta în puțin ulei. După răcire, se macină cît mai mărunt posibil. Din acest amestec se iau 2 linguriță, care se pun la fiert într-o jumătate de litru de apă. Cafeaua Ohsawa se recomandă în constipație și dureri de cap.

Ohsawa mai recomandă ca din alimentele alcoolicilor (care vor să abandoneze „licoarea lui Bachus") să fie eliminate usturoiul, ceapa, prazul, ridichile, iar din cele ale fumătorilor (care vor să abandoneze „buruiana morții"), tot ceea ce are un gust amar.

Un regim asemănător macrobioticei, prin conținutul său bogat în cereale (peste 80%), este foarte mult folosit în nordul Indiei, în provincia Caşmir, și anume într-o regiune de munte, numită Hounza. Locuitorii regiunii Hounza, care înglobează 100 de sate, au devenit celebri prin starea lor de sănătate perfectă, practic ei necunoscînd îmbolnăvirea. Majoritatea lor ating respectabila vîrstă de 100 de ani, unii dintre ei procreînd chiar și la 90 de ani. Numeroase echipe de cercetători, de mai bine de 50 de ani, studiază la fața locului condițiile de viață și de muncă ale locuitorilor din Hounza, pentru a le descoperi factorii care contribuie la aceste miracole. Pe lîngă faptul că Hounza este situată într-o regiune lipsită de orice fel de poluare, locuitorii săi se alimentează, cum spuneam, cu foarte multe cereale ca, de exemplu, grîu, orz, mei, năut și hrișcă, pe care le consumă fierte, nedecorticate sau sub formă de pîine. Pe lîngă cereale, în Hounza se mănîncă foarte multe fructe și, în primul rînd, caise, care se consumă proaspete în sezon și uscate iarna. De la caprele care se găsesc în număr mare în această regiune, se folosesc carnea și laptele, preparate în mod tradițional. Și un amănunt, deloc neglijabil : pe lîngă folosirea grîului încolțit, în nisip umed, în Hounza se intercalează, în anumite perioade ale anului, foarte multe zile de post total, chiar atunci cînd se află în plin sezon de munci agricole.

Dar ceea ce este mai important de menționat este faptul că locuitorii regiunii Hounza fac, de sute de generații, o simbioză perfectă cu natura, care îi adăpostește și hrănește, ei necunoscînd absolut deloc importul de alimente.



medicina OMULUI SĂNĂTOS

În definiția sa actuală medicina este departe de a mai fi arta de a vindeca bolnavi. Ea poate fi definită ca știința de a păstra și reda sănătatea. Principala diferență între cele două definiții menționate mai sus constă în obiectul căruia i se adresează medicina și care, în primul caz este boala, iar în al doilea, sănătatea.

Desigur că, privind istoric, ceea ce a preocupat în primul rînd pe om a fost suferința semenului său bolnav ; de aici și necesitatea îngrijirii bolnavilor, care și astăzi constituie, de fapt, prima îndatorire a oricărui medic. În decursul timpului, însă, sau mai exact cînd omul a început să cunoască cauzele bolilor, cînd medicina a trecut de la faza sa empirică la cea științifică, rațională, a apărut și posibilitatea de apărare a sănătății.

Dacă la început această apărare a fost axată exclusiv pe combaterea bolilor, suprapunîndu-se măsurilor necesare pentru limitarea extinderii bolilor deja apărute și, în primul rînd, a celor transmisibile, ulterior ea s-a extins la prevenire, încadrîndu-se aici măsurile aplicate pentru a împiedica apariția bolilor.

Creșterea permanentă a calității actului medical, atît sub aspectul curativ, de îngrijire a bolnavilor, cît și a celui preventiv, de apărare a sănătății, a dus la îmbunătățirea continuă a sănătății populației. A scăzut astfel evident nivelul mortalității și, în primul rînd, a celei infantile, s-a redus numărul îmbolnăvirilor, cu precădere a celor infecțioase și acute, s-a mărit capacitatea de muncă și a crescut speranța de viață a oamenilor, ponderea populației vîrstnice fiind din ce în ce mai ridicată.

S-a creat astfel premisa trecerii medicinii într-o nouă etapă de dezvoltare, aceea a omului sănătos.

Medicina omului sănătos nu este numai o medicină preventivă, de apărare a sănătății, ci — mai mult decît aceasta — de perfecționare și îmbunătățire a nivelului sau gradului de sănătate. Ea nu recurge numai la înlăturarea sau diminuarea factorilor patogeni, producători de boli, ci mai ales la conservarea și utilizarea factorilor sanogeni, de întărire a sănătății. Ea nu stabilește numai ceea ce este nociv și interzis, ci mai ales ceea ce este necesar și permis. Medicina omului sănătos nu trebuie opusă medicinii clasice tradiționale, pe care nu o înlocuiește, ci o completează și o înalță pe o treaptă nouă, superioară, de dezvoltare teoretică și practică.

Acordarea de îngrijiri medicale omului sănătos poate fi reliefată de

multiplele acţiuni şi activităţi desfăşurate de reţeaua noastră medicală. Ea începe cu perioada preconcepţională, prin introducerea sfatului premarital sau genetic, care se acordă viitoarelor cupluri pentru depistarea unor boli sau anomalii genetice, şi elaborarea de măsuri pentru reducerea fondului de gene patologice.

Se continuă cu măsurile pentru ocrotirea mamei şi copilului, prin luarea în evidenţă a gravidelor, încă de la începutul sarcinii, pentru depistarea tulburărilor de graviditate şi înlăturarea lor, ca şi pentru eliminarea contactului viitoarelor mame cu o activitate care ar putea pune în pericol sănătatea sa şi a viitorului copil. Tot aici se încadrează supravegherea medicală permanentă a copiilor 0—1 an, creşterea numerică şi calitativă a instituţiilor pentru copii — creşe, leagăne, grădiniţe —, obligativitatea examenului medical al tuturor copiilor la intrarea în clasa I şi dispensarizarea celor amînaţi, existenţa examenelor de bilanţ asupra dezvoltării fizice şi neuropsihice şi stării de sănătate a copiilor din clasele terminale a diverselor cicluri de învăţămînt — IV, VIII, X şi XII — ca şi dezvoltarea cabinetelor de orientare şcolară şi profesională etc.

Apărarea şi întărirea sănătăţii oamenilor muncii se începe cu examenele medicale obligatorii la încadrarea în muncă şi testarea aptitudinilor profesionale, continuîndu-se cu examenele medicale periodice, diferenţiate pe categorii de profesii şi activităţi, cunoaşterea şi reducerea noxelor profesionale, introducerea de criterii medicale în sistematizarea localităţilor şi protecţia mediului înconjurător, elaborarea de norme medicale pentru alimentaţia ştiinţifică, raţională, a populaţiei, în funcţie de sex, vîrstă, profesie şi mediu, utili-

zarea pentru sănătate a factorilor naturali balneoclimatici și de cură, dezvoltarea educației fizice și a sportului de masă și educația sanitară a populației.

O atenție crescîndă se acordă persoanelor în vîrstă, prin măsuri de menținere a vieții active și reducerii fenomenelor de îmbătrînire precoce sau patologice.

Toate acestea constituie preocupări ale organelor medicale pentru medicina omului sănătos și reprezintă premisele bine fundamentate ale dezvoltării ei în viitor.

Dealtfel, orientarea medicinii românești către omul sănătos este stipulată cu claritate în „Programul P.C.R. de făurire a societății socialiste multilateral dezvoltate și înaintarea României spre comunism", elaborat din inițiativa și sub directa îndrumare a tovarășului Nicolae Ceaușescu, secretar general al partidului, președintele Republicii Socialiste România, care prevede : „Medicina românească trebuie să-și propună investigarea mai aprofundată a fenomenelor biologice legate de acomodarea ființei umane la viața modernă, de frînare a proceselor degenerative ale organismului uman și prelungirea vieții active a omului, de dezvoltare sănătoasă, echilibrată fizic și psihic, a tuturor membrilor societății, paralel cu evoluția armonioasă a relațiilor sociale noi".

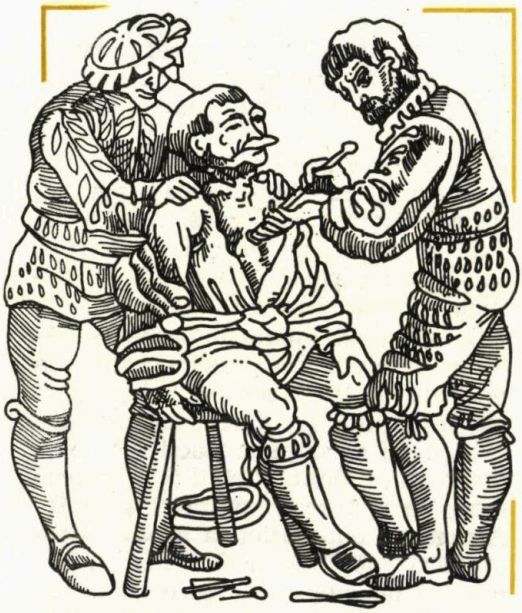
Dezvoltarea medicinii omului sănătos nu se realizează însă de la sine, ea necesită eforturi conștiente din partea medicilor, indiferent de specialitate, ca și o cooperare activă și permanentă a populației direct interesată în apărarea propriei sănătăți. Atragerea populației la această cooperare depinde în cea mai mare măsură de modul în care medicina, în speță medicii, știu să capaciteze populația pe care o au în supraveghere.

PROF. DR. **SERGIU MĂNESCU**
I.M.F., BUCUREȘTI

de la empirism la cercetarea matematică a fenomenului biologic

Dezvoltarea științelor cunoaște în fond o alternare de faze diferite. În practica de toată ziua se adună cunoștințe prețioase. Este experiența ce rezultă din practica curentă a celor mulți. Acumularea de date analitice este întreruptă din cînd în cînd de salturi, în cadrul cărora descoperiri științifice și tehnice de mare clasă, care pot fi din altă disciplină, sau minți de oameni luminați, care scrutează viitorul, ajung să scoată disciplina de pe făgașurile vechi și să-i imprime noi direcții și noi orientări. Totul se întîmplă ca și cum acumulările analitice nu mai încap în formele învechite și se impun concepții noi și reorientări fundamentale. Această nouă formă folosește toate adevărurile de mai înainte, stabilite pe cale analitică, le asamblează însă de o manieră nouă, dîndu-le sensuri inedite și ținte mult mai îndrăznețe și mai cuprinzătoare. Evident, formulele noi reprezintă un pas mare înainte, față de cele vechi ! Rostul acestei alternări de faze constituie, în esență, sensul activității omului și rațiunea existenței sale pe pămînt : progresul.

Asemenea etape a cunoscut și evoluția concepțiilor medicale în decursul timpului. Izvorîtă dintr-o necesitate recunoscută



unanim, aceea de a reduce cît mai mult tot ce este suferință omenească, activitatea de tip medical a ajuns, de la o simplă dorință marcată de gesturi mai mult sau mai puțin naive, la acte medico-chirurgicale de mare îndrăzneală și la realizări de neimaginat odinioară. De la psihoterapia naivă ca unic element activ, la terapia intensivă a zilelor din urmă care, prin rezultatele pe care le obține, întrece, adeseori, cele mai temerare așteptări.

Este firesc să recunoaștem că s-au făcut pași înainte și să ne bucurăm de asta. Este un sentiment normal pe care l-au trăit, cu siguranță, mai toți predecesorii, chiar dacă atunci se mulțumeau cu minime realizări pe care astăzi le considerăm a fi etape puerile. Și tot atît de greșit ar fi să credem că dincolo de faza pe care am atins-o azi nu se mai poate face nici un pas ! Știm că progresul e nelimitat și intuim domeniul de existență al faptelor necunoscute încă. Și trebuie să recunoaștem că și astăzi mai este mult loc de mai bine. Să nu uităm că tehnica modernă și terapia intensivă, pe lîngă vindecări spectaculoase pe care le-au realizat, mai au încă multe... insuccese și multe sau chiar foarte multe probleme mari nerezolvate. Așa, de pildă, hipotermia, cu perspectiva ei bizară de-a suspenda, ca prin minune, cu ajutorul frigului, procesul biologic și a conserva oricît un organism în stare să revină la viață, îndată ce condiții favorabile ar permite asta ! Peste cît timp ? Un an, un secol, două sau... mai multe ! Tehnologia ? Pe cale de-a fi intuită ! Consecințele ? Total necunoscute azi ! Sînt epiloguri năzdrăvane pe care le abordează acuma doar... autorii de romane științifico-fantastice. Și... coma depășită, tot o realizare proprie serviciilor de terapie intensivă. O noțiune practic nouă. Ea se referă la stări grave, ce reprezintă un impas : bolnavii gravi, ca duși de pe astă lume, pe care medicul nu-i poate vindeca, dar nici nu-i lasă-n pace să-și dea obștescul lor sfîrșit ! E limita ce ne-nfioară azi, cînd omul nu se hotărăște între o... viață atît de zbuciumată și... repausul total de dincolo de ea ! Și medicii contribuie, fără să vrea, la toate acestea. Cît îl păstrăm în viață pe comatosul depășit ? Și pentru ce ? Și cîte alte noi categorii de fapte biologice nu vin astăzi să-și ceară dreptul de a ne tulbura confortul psihic în care ne găseam pînă mai ieri ? Iată doar cîteva din ele : biosistemele integrate și interdependența lor, cronobiologia, genetica cu ramurile sale diferite, inclusiv ingineria genetică, cu perspectiva și speranța modificării-n bine a zestrei biologice de tip ereditar, schimbare de destin a omului și a omenirii etc.

Am ridicat aci doar cîteva probleme, ca să arătăm că-n viitor mai este de făcut cîte ceva ! Și cîte n-ar mai fi de spus ! Dar nu e cazul să ne-ntrebăm acum ce va fi mîine. Prin tema care ne revine aci ne-am obligat să îndreptăm farul înspre trecutul medicinii și să vedem cum am ajuns în faza în care ne găsim acum. În acest sens, distingem o serie de mari etape, pe care încercăm, modest, să le analizăm cît mai pe scurt.

Etapa empirică. Ne vom opri puțin asupra ei. O perioadă „primitivă" în care activitatea medicală se reducea la simpla intervenție utilitară cu minimum de cunoștințe la obiect. „Sfînta întîmplare" va fi avut, cu siguranță, un bun cuvînt de spus în cazurile în care era util procesul medical. Asta în afară de măsuri elementare de igienă, care au putut să stea de veghe la căpătîiul omului bolnav și să fi rezultat din observația curentă, oricît de anodină ar fi fost ea. Aci se încadra, cu siguranță, marele Ambroise Paré (1509—1590), care spunea despre bolnavii de atunci și despre actul medical al vremii : „Noi îi îngrijim și Dumnezeu îi vindecă" ! Să înțelegem modestia și marea lui luciditate. Atîta credea el atunci că e eficient... ca medic !

Etapa clinică. În fine, s-a înțeles odată că răul trebuie analizat sub toate laturile sale. Făcea progrese procesul cognitiv. Trecem la o etapă nouă. Cum ? Utilizîndu-și medicul, în scopuri diagnostice, aproape toate simțurile sale. Și asta, concentrîndu-le asupra pacientului. Cu ochii l-a examinat de sus și pînă jos. Ca atitudine, repaus și mișcare. Culoarea, starea de nutriție : obezitatea sau slăbirea etc.

Cu mîna l-a palpat de-a fir-a-păr, ca să descopere ce-l doare sau dacă-l doare în altă parte decît unde se plînge el. Apoi, cu două mîini l-a percutat, să simtă-n profunzime ce-i ! Zgomotul mat sau mai sonor avea semnificaţia de adîncime : proces de condensare ? Lichide revărsate ? Sau aer difuzat acolo în adîncuri, unde-ar fi trebuit să fie ţesuturi dense ? Urechea s-a asociat să fie omului de sprijin pentru descoperirea bolii. Ascultă medicul cu tilc încheietura ce trosneşte, ascultă abdomenul cu zgomotele lui profuze, surde. De asemenea, şi mai ales, toracele se lasă ascultat. Plămînul, cînd e sănătos, ne spune clar, pe limba lui, că nu are necazuri. Bronşita, pneumonia sau bronhopneumonia, pleurezia, pleurita etc. îşi au şoptitul lor specific. Cine le paşte le cunoaşte, dacă... nu uită să le-asculte ! În epoca de aur a perioadei clinice a fost R. Laënnec (1781—1826), acela care ne-a dat un aparat de ascultat : stetoscopul. Se auzea mai clar cu el şi... comporta un grad de siguranţă : ţinea pe omul sănătos, pe medic, mai la distanţă de bolnav, căci multe rele-ar fi putut să-i vină de la el. Pe unele le-nţelegea, pe multe dintre ele, nu. Şi inima este răsfăţată pentru urechea celor care comit curent o indiscreţie : s-o şi asculte. Ea spune aproape tot ce are : valvulopatii, determinări musculare, prinderi pericardice etc. Nasul n-a fost nici el scutit de contribuţia la informaţii clinice. Produse biologice, cu sens pentru patologie, îşi au aroma lor precisă, care ne-ndreaptă adesea înspre adevăr, după nuanţa de miros pe care o exală-n jur. Bolnavul însuşi, după boala pe care-o poartă, îşi are, adeseori, un iz specific. Hepaticul miroase a ceară şi, cînd e boala avansată, amoniac trimite-n jur ; nefriticul trimite-n camera în care zace vapori de transpiraţie — uree volatilizată ; iar diabeticul decompensat cu acidoză trăsneşte-a mere putrede, miros de acetonă, pe care cine-a cunoscut-o n-o uită niciodată. Nici limba omului n-a fost scutită, în epoca trecută, de contribuţia-i la diagnostic. Azi rolul ei în clinică e mult mai mic. Diversele reacţii de laborator o înlocuiesc cu tot succesul. Dar trebuie să recunoaştem că... Thomas Willis (1621—1675), medic englez, văzînd cum vin furnicile la picătura de urină de la un diabetic, a stabilit, odată pentru totdeauna, că ea conţine zahăr ! Cum ?... Organoleptic ! Era dulce. Era chiar foarte dulce : wonderfully-sweet ! Şi asta nu putea s-o facă atunci decît cu limba !

N-aş vrea să fiu rău înţeles. Deşi am declinat de circumstanţă etapa clinică cu verbe la trecut, ea nu este epuizată : are prezent şi are încă viitor. Căci cercetarea clinică nu-i perimată. A fost numai îmbogăţită şi completată. Examenul bolnavului cu simţurile noastre proprii rămîne pentru multă vreme — de ce nu pentru totdeauna — cheia de boltă a oricărui examen medical care se vrea real şi autentic.

Etapa pozitiv-complexă. E perioada complicată pe care o parcurgem medical în jumătatea asta tardivă a secolului XX. Ea a-nceput de multă vreme, din secolul trecut. S-a dezvoltat neîncetat, conform legilor firii, cît i-au permis să progreseze şi tehnica şi mintea omului de-atunci. N-a renunţat la clinică deloc, dar a venit în plus laboratorul, cu tot ce poate el aduce mai nou despre intimitatea corpului uman : structuri ale organelor, chimie, bacteriologie, fiziopatologie etc. La început, laboratorul oferea omului de ştiinţă înregistrări de date momentane : avea sau nu proces inflamator atunci cînd a fost recoltată piesa ? Avea sau nu avea microbi şi ce fel de microbi avea produsul cercetat atunci cînd a fost recoltat ? Şi... ce cifre de glicemie sau de uree avea în sînge omul atunci cînd i s-a recoltat proba de sînge ? De se-ntîmpla să fie omul decompensat, bolnav în fază avansată, laboratorul surprindea abaterea de la normal şi o punea-n valoare evident ; iar dacă nu, el indica cu cifre clare că omul este sănătos... o stare de sănătate aparentă, un fals în toată regula, căruia trebuia să-i dăm crezare din cauza... concepţiei, şi-a epocii, şi-a tehnicii... toate deficitare încă la vremea respectivă. Se impuneau metode noi pentru a depista cum se cuvine stări premorbide şi să ne-arate-n chip precis nu numai pe bolnavi, ci şi pe candidaţii la-mbolnăvire. De cîţiva ani încoace, sub ochii noştri, prind forme mereu mai concrete şi mai ingenioase explorările funcţionale : pe organe, pe sisteme, pe aparate, pe-ntregul organism. Sînt puse toate la-ncercare, să li se stabilească starea în care se găsesc pentru moment, dar şi capacitatea lor funcţională, capacitatea de efort specific, pe care fiecare dintre ele e în stare s-o dezvolte în cadrul economiei integrate. Sînt probe de efort specific menite să descopere disfuncţii relative, faze premergătoare bolii sau... diagnosticul precoce atît de căutat astăzi de medici, pentru ca intervenţia pe care-o pun la cale să fie cît mai eficace în sens terapeutic, sau să se practice cît mai devreme măsuri utile, preventive, de tip prophilaxia vera. Se fac astăzi acestea toate pentru om, pentru cruţarea sau pentru redobîndirea sănătăţii, chiar dacă cercetarea medicală comportă riscuri. Căci deseori investigaţia e... invazivă, să nu spunem generatoare de suferinţă şi... de-ar fi numai atît ! Speranţa noastră a tuturor este ca-n viitor să se dezvolte prioritar

metode fizicale, ca de pildă cercetări cu radiații nenocive, cercetări de medicină nucleară utilizînd izotopi bine suportați, emisiuni specifice de ioni sau de curenți de acțiune și studii echografice cu ultrasunete etc., metode blînde, care să lase omu-ntreg și să-i pună-n valoare cît mai corect și mai complet întreaga stare fizică și psihică, fără să-l chinuiască-n van și să-l străpungă-n lung și-n lat cu instrumente de tot felul.

În ultima instanță vine etapa matematică, ce presupune-n fapt o prelucrare superioară și abstractă a tot ce știm noi despre om, despre intimitatea lui. Este o prelucrare ingenioasă și cu tîlc a datelor ce ne-au fost oferite prin munca de laborator. Sîntem cu siguranță la-nceput. Și fenomenul biologic se lasă greu încarcerat în forme vechi, prefabricate. Formulele analitice sînt mult prea simple, iar fenomenul biologic prea complicat să-ncapă-n ele. Determinat de cauze multiple și variate, influențat de factori mulți care provin din mediul intern sau chiar din mediul extern, fenomenul biologic este atît de greu de măsurat, de introdus într-o formulă care să-l reprezinte-n întregime, încît ne face la-nceput să demarăm ceva mai dificil. Dar nu tot ce e greu este și imposibil. În legătură cu aceasta, ne-au spus strămoșii noștri înțelepți : „Non quia difficilia sunt nos non audemus, sed quia non audemus difficilia sunt", sau, pe înțelesul nostru : „Nu pentru că lucrurile sînt dificile noi nu îndrăznim (să le abordăm), ci pentru că nu îndrăznim ele sînt dificile". Este îndemnul cel mai bun să încercăm să studiem, fără sfială, cu curaj, și ceea ce azi ni se pare că este greu.

În două sensuri principale se-ndreaptă prelucrarea matematică a fenomenului biologic : statistica și modelarea. Sensul statistic e curent. Și-a făcut loc definitiv în mintea noastră, a tuturor. Normalul nu e ceva fix. Este un echilibru căutat, dinamic, care constă într-o schimbare permanentă, în cadrul unor limite precise. Formule matematice judicioase ne asigură statistic cît de normală este cifra pe care am obținut-o în cadrul cercetării. Nici media aritmetică nu are o valoare convingătoare dacă dispersia cazurilor luate izolat e mult prea mare și neconformă cu reguli exigente de mai înainte stabilite. Concluziile ce privesc mulțimi de cazuri se cer să fie sprijinite statistic. Altfel, nu au valoare definitivă, decît interpretate în acest sens. Și fiecare semn particular în clinică are semnificații multe dar... ponderea semnificației e variată. Poate, ținînd seama de-acestea toate, obține-vom mîine-poimîine formule mai eficiente pentru evaluarea sănătății sau poate să fim ajutați în munca noastră medicală de unele mașini de calcul care, conform programului ce li se va impune, să raporteze în ce măsură durerea sau alt semn funcțional din abdomen, de pildă, este evocator de ulcer și-n ce măsură pledează pentru cancer. S-ar ușura cu siguranță munca medicală, fără ca medicul să ajungă să fie de prisos, și-ar fi posibil ca medicina să se aplice efectiv, la scară socială.

Și modelarea matematică a fenomenului biologic este în curs de aplicare, dar mult mai la început. Surprinderea în formulă adecvată a unei funcții biologice este ceva mai grea. Ea se obține în genere pornind de la un grafic, fie el construit de om, puțin cîte puțin, pe date de laborator, fie că a fost înregistrat în mod obiectiv de aparate adecvate. Reprezentarea grafică este trăsura de unire între biologie și calculul abstract de ordin matematic. Traseul reprezintă o funcție globală pe care aparatul a înregistrat-o grafic în mod fidel, obiectiv și repetabil. Problema care se ridică acuma este, așa cum am mai spus-o și altă dată, să intuim sau să determinăm expresia unei funcții raționale al cărei grafic să aproximeze cît mai corect traseul de înregistrare a funcției pe care-o cercetăm. Și lucrul nu este ușor. El poate surveni spontan în mintea noastră în timpul nopții, în somn sau între vis și viață, dar după multe luni de... căutări, sterile în aparență, poate apărea din calcule ingenioase sau poate să nu vină

niciodată ; să aştepte pentru formulare pe altul mult mai inspirat şi... să rămînă pînă atunci un „fapt esenţial", înfăşurat în tot misterul, la limita dintre lumină şi întuneric !

Odată găsită formula corectă, sîntem pe drumul bun. Ea reprezintă implicit expresia analitică a fenomenului biologic materializat în grafic. Introducem în formulă parametri structurali, măsurabili pe traseu, şi obţinem expresia analitică exactă a funcţiei biologice pe care o studiem. Cu cît mai corectă este formula aplicată, cu atît mai reprezentative sînt rezultatele pe care le obţinem. Prelucrarea matematică a formulei ne oferă tot atîtea elemente funcţionale, toate cu sens biologic. Este într-un fel o... disecţie teoretică a funcţiei de cercetat, fără să pierdem legătura cu faptul biologic şi fără să dezintegrăm organul cercetat. Calculul diferenţial ne va aduce informaţii privind caracteristice cinetice : derivata I în funcţie de timp ne dă viteza fenomenului sau a reacţiei pe care o urmărim. De regulă e pozitivă şi poate fi mică sau mare şi noi putem determina aceste toate cu detalii. Putem spune cînd este maximă sau minimă viteza şi care sînt valorile extreme şi limitele-n care variază. Derivata a II-a a funcţiei în raport cu timpul ne-arată... viteza vitezei : — acceleraţia fenomenului biologic. E mare ? E mică ? Pozitivă ? Negativă ? Ne lămureşte foarte bine privind complexitatea faptului ce caracterizează viaţa. În fine, putem proceda la calcul integral, prin care să ne ridicăm de la viteza, pe care o cunoaştem, la cantităţile materiale, pe care organismul e în stare să le manipuleze prin funcţia pe care o studiem.

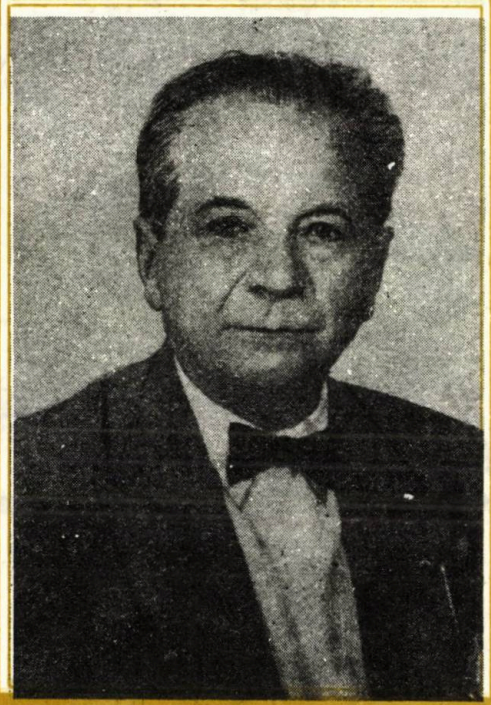
Şi parametrii pe care-i deducem din prelucrarea matematică a formulei sînt cei ce-au fost ascunşi la înregistrare, cînd fenomenul biologic cu n dimensiuni, dictat de tot atîţia factori din organism sau din afară, s-a aliniat pe foaia de hîrtie în planul cu două dimensiuni. E drept că s-a simplificat la înregistrare fenomenul, dar s-a şi deformat în grafic. De aceea schema — sau oricum i-am spune — este în biologie doar o anexă ajutătoare. Esenţa fenomenului ne este dată nu de traseul însuşi, ci de studiul matematic al formulei la care corespunde imaginea menţionată. Obţinem astfel parametri ce se pot calcula precis după formule mai înainte stabilite şi toţi au sensul biologic bine determinat. Sînt parametri funcţionali care, împreună cu cei structurali, devin indispensabili şi practic sînt suficienţi să definească, în mod corect şi cît se poate

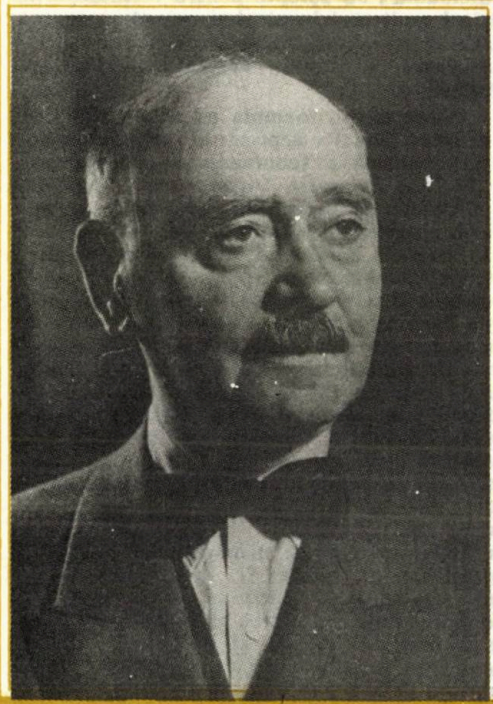
de complet, fenomenul biologic asupra căruia ne-am concentrat.

Aceste rezultate fiind din plin verificate, putem interpola sau putem chiar extrapola datele obţinute în fapt prin probe de laborator, mai mult sau mai puţin răzleţe. Şi asta nu este decît un început ! Cunoaştem pînă acum o serie de asemenea concluzii. Puţine, în orice caz, faţă de... cîte relaţii are organismul legate strîns de zecile lui de organe, de miile de funcţii cunoscute, de multele lui bilioane de celule care-l alcătuiesc. În orice caz, avem ce face şi noi şi cei ce vor veni pe urmă, după noi. De aceea treaba merge încet, dar merge sigur înainte. Şi ce frumoasă e preocuparea de a face în linişte eforturi susţinute, chiar dacă randamentul lor e minim... deocamdată ; dar adunîndu-se fără-ncetare efecte mici, vom reuşi, cu siguranţă, să aducem la lumină spre binele obştesc, secrete care au lîncezit de veacuri, închise acolo în profunzime, între celule cu structuri abia vizibile cu microscopul şi adesea doar închipuite, între hormoni, enzime, cu suportul lor material şi cu efectul lor funcţional, la fel de important pentru viaţă ; într-un cuvînt, acolo unde morfologia se întretaie armonios cu fiziologia, şi acolo unde, cînd şchioapătă normalul, la detalii, apare boala ce cuprinde întregul organism.

Este nevoie pentru asta de muncă în echipă, de oameni profilaţi divers : medici, chimişti, fizicieni, matematicieni etc. Şi munca lor să fie efectivă, intensă şi perseverentă, să fie constructivă şi competentă.

DR. RADU PIEPTEA
Medic primar
Spitalul clinic „Carol Davila"





CENTENARUL

a doi eminenți clinicieni:

DANIEL DANIELOPOLU

și

NICOLAE GH. LUPU

Se împlinește, în 1984, un secol de la nașterea lui Daniel Danielopolu și a lui Nicolae Gh. Lupu, două personalități care — cu adevărat — au dominat clinica medicală bucureșteană între cele două războaie mondiale. I-au caracterizat, deopotrivă, pasiunea pentru cunoaștere, strădania de a alina suferințele semenilor și atitudinea consecvent democrată, deși între cei doi colegi și prieteni au existat însemnate deosebiri în privința originii lor sociale, a temperamentului, a orientării științifice și a stilului de muncă.

N. Gh. Lupu s-a născut la 24 februarie, în familia numeroasă a parohului de la Arsura, sătuc în județul Vaslui. Viitorul savant s-a deprins de mic cu treburile casei și chiar cu lucrul la cîmp, laolaltă cu ceilalți copii de vîrsta lui. Neexistînd la vremea aceea școală primară în Arsura, a fost trimis, împreună cu frații săi, să învețe la Huși ; a fost apoi primit bursier la Liceul internat din Iași, unde s-a dovedit a fi un elev silitor și un iscusit jucător de oină. Simțindu-se atras către filologia clasică s-a înscris la Facultatea de litere din Iași, dar fratele său mai mare, doctorul Nicolae Lupu, care va deveni un foarte cunoscut om politic, l-a convins să studieze medicina la București.

Daniel Danielopolu era cu două luni „mai tînăr" decît N. Gh. Lupu, căci s-a născut la 25 aprilie. Tatăl său, doctor în drept de la Paris, se afirmase ca una din figurile proeminente ale baroului bucureștean. Crescut într-o casă cît se poate de îndestulată și beneficiind din familie de educația cea mai aleasă, D. Danielopolu a urmat cursurile gimnaziului „Cantemir Vodă" și ale liceului „Sf. Sava", după care — conformîndu-se dorinței părintelui său — s-a înscris la Facultatea de drept din București, dar, totodată, și la cea de medicină, pentru care, pînă la urmă, a optat.

Cei doi medicinișți s-au remarcat ca studenți străluciți. Amîndoi au reușit printre primii la concursul de externat și apoi la cel de internat, ceea ce le-a asigurat o temeinică pregătire practică în marile servicii spitalicești. Pentru a-și desăvîrși stăpînirea tehnicilor de laborator, amîndoi au lucrat — începînd din același an, 1907 — în Laboratorul de medicină experimentală condus de profesorul Ion Cantacuzino.

Încă în 1905, D. Danielopolu publicase, în „Annales génito-urinaires" de la Paris, prima sa producție științifică, în colaborare cu profesorul de urologie Petre Herescu. Chiar înainte de a-și susține teza de doctorat, tînărul savant s-a făcut cunoscut prin studiile sale privind terapia bolilor cardiovasculare. Astfel, metoda dozelor fracționate în tratamentul cu strofantină, pe care a preconizat-o în 1909, a fost îndată apreciată elogios de către somitățile din țară și de peste hotare. După ce, în anul următor, a obținut titlul de doctor, devine șef de clinică la Spitalul Brîncovenesc, pe lîngă profesorul Cristea Buicliu.

În felul acesta începe, la 26 de ani, activitatea didactică independentă, predînd timp de trei ani un curs de cardiologie (disciplină care abia își căpăta autonomia), iar apoi unul despre insuficiența renală. Încă de atunci s-a manifestat cu putere predilecția savantului pentru cercetările experimentale asupra funcționalității normale și patologice a organismului și asupra modului de acțiune a substanțelor medicamentoase.

Studentul N. Gh. Lupu și-a concentrat eforturile nu în direcția investigațiilor științifice, ci în aceea a formării sale ca internist clinician. El considera că o cultură medicobiologică multilaterală și o inițiere în cele mai diferite ramuri ale medicinii practice sînt indispensabile celui care vrea să devină un adevărat specialist în diagnosticul și terapeutica afecțiunilor interne. Pentru acest motiv a ales posturi de extern și de intern în secții spitalicești cît mai diverse. În 1912, Lupu a devenit președinte al Societății studenților în medicină din București, dovadă de prețuire și încredere deosebită din partea colegilor săi.

În același an și-a susținut teza de doctorat, pregătită, ca și lucrarea inaugurală a lui Danielopolu, în laboratorul lui Cantacuzino. Pentru lărgirea orizontului științific și clinic, proaspătul doctor a întreprins, cu ajutorul fratelui său mai mare, călătorii de studii în cîteva centre medicale din Occident, precum Berlin, Berna și Paris, unde, în 1914—1916 și 1919—1920, a făcut stagii în laboratoare de anatomie patologică și parazitologie și a frecventat serviciile unor reputați interniști.

În cursul războiului din 1916—1918, atît D. Danielopolu, cît și N. Gh. Lupu s-au aflat la datorie, mobilizați în campania împotriva principalului flagel epidemic al acelei perioade — *tifosul exantematic*. „Lupu a și contractat boala pe cînd conducea serviciul de triaj al exantematicilor de la Botoșani. Cercetările clinice și de laborator pe care le-a efectuat atunci la Iași i-au permis lui Danielopolu să publice, în 1919, la Paris, monografia *Tifosul exantematic*, cea mai cuprinzătoare lucrare apărută pe această temă pînă la acea dată.

În 1920, Daniel Danielopolu, care din 1918 funcționa ca profesor provizoriu, a preluat catedra de medicină internă de la Spitalul Brîncovenesc. Numirea sa, la 26 de ani, ca profesor titular, marchează, într-un anume fel, deplina afirmare a școlii medicale românești. Căci Danielopolu a fost primul dintre profesorii facultății noastre de medicină care și-a desăvîrșit pregătirea generală și de specialitate numai în țară, fără să obțină titluri sau măcar să facă stagii de perfecționare în instituțiile științifice și de învățămînt din străinătate.

Curînd după numirea sa, clinica pe care o conducea s-a mutat la Spitalul Filantropia. Aici a organizat, potrivit unei îndrăznețe concepții originale, un centru medical axat pe trei activități sinergice : asistență a bolnavilor, învățămînt clinic și investigații de fiziopatologie și farmacodinamie.

Aici, la Spitalul Filantropia, avea să întreprindă studiile care i-au creat curînd un trainic prestigiu internațional, cum au fost cercetările sale privind măsurarea unor procese vitale, explorarea sistemului nervos vegetativ, ameliorarea unor metode de tratament (mai ales în bolile cardiovasculare, în astmul bronșic, în reumatism etc.). Tot aici s-a afirmat Danielopolu ca un precursor de seamă al biocibernetici, concepînd o schemă generală de autoreglare a întregii activități organice, prin conlucrarea adecvată și

opoziția permanentă a unor factori ținînd de sistemul nervos, sistemul endocrin și sistemul imunitar. Abia în zilele noastre s-a putut recunoaște, în lumina progreselor ciberneticii, însemnătatea revoluționară pentru științele medico-biologice a teoriei echilibrului organic prin antagonism interstimulant, formulată de Danielopolu încă din 1928 și dezvoltată apoi cu consecvență de acesta.

În 1920, profesorul Danielopolu l-a invitat pe Nicolae Gh. Lupu să lucreze în clinica sa. În 1927, Lupu a devenit conferențiar și a ținut aici un curs de „Introducere în medicină". Datorită prezenței în aceeași instituție a doi savanți și pedagogi de talia lui Danielopolu și Lupu, Clinica de boli interne de la Filantropia se înfățișa la epoca aceea ca una din cele mai înaintate poziții ale științei medicale românești.

În 1931, N. Gh. Lupu a preluat conducerea catedrei de anatomie patologică, în care calitate a organizat prosecturi bine echipate la principalele spitale bucureștene. Activitatea clinică rămînea totuși marea-i pasiune, astfel încît numirea lui, în 1936, ca profesor de medicină internă, a reprezentat împlinirea supremă a aspirațiilor sale. Peste doi ani s-a deschis Clinica medicală de la Spitalul Colentina, amenajată potrivit vederilor sale. Profesorul Lupu socotea că obiectivul de bază al catedrei lui nu este acela de a-i obliga pe studenți să acumuleze un noian de cunoștințe, ci să contribuie la formarea „gîndirii clinice" a acestora. Totodată s-a străduit, atît în expunerile magistrale, cît și în demonstrațiile la patul bolnavului, să-i deprindă pe viitorii medici cu ideea că organismul uman constituie un ansamblu coerent, un sistem de interrelații influențat de multipli factori condiționatori, dintre care un rol de fel neglijabil îl au cei psihologici și social-economici. Tocmai fiindcă preconiza o „medicină a omului întreg", iar nu a sistemelor sau organelor afectate, nu era partizanul individualizării prea multor specialități în cadrul medicinii interne.

Acordînd totdeauna întîietate preocupărilor didactice, cercetarea științifică nu a fost însă neglijată de Nicolae Gh. Lupu și de valoroșii săi discipoli, dintre care aveau să se recruteze mulți dintre profesorii facultăților noastre de medicină. Șeful școlii de la Colentina poate fi considerat fondatorul hematologiei clinice românești. El a condus importante investigații privind morfologia, fiziologia și patologia rinichiului și a ficatului. Un interes aparte a manifestat față de bolile aparatului respirator; printre altele a propus o clasificare a sclerozelor pulmonare adoptată de specialiști de pretutindeni. În legătură cu studiile sale despre pneumoscleroza tabagică și despre suferințele cardiopulmonare, în general, a insistat asupra rolului fumatului în provocarea a numeroase îmbolnăviri grave.

Atît D. Danielopolu, cît și N. Gh. Lupu s-au interesat în permanență de treburile obștești, îndreptîndu-și atenția mai cu seamă către problemele medico-sociale. Profesorii Lupu și Danielopolu au adoptat, în anii ascensiunii fascismului, o poziție clară și curajoasă de apărare a democrației. În clinicile lor și-au găsit adăpost, înainte de 23 August 1944, mulți antifasciști urmăriți de Siguranță.

Memoriul-protest al intelectualilor pentru ieșirea României din alianța cu Germania hitleristă, document inițiat de Partidul Comunist Român, a fost redactat, în condiții de conspirativitate, la Spitalul Filantropia, în cabinetul lui D. Danielopolu, care l-a și semnat primul, urmat îndată de cîțiva dintre cei mai proeminenți oameni de știință de la noi, printre care și N. Gh. Lupu.

Curînd după răsturnarea dictaturii fasciste, profesorul Danielopolu a îndeplinit pentru scurtă vreme funcția de ministru al Sănătății. Din 1948 și pînă la 23 aprilie 1955, cînd a încetat din viață, a condus Institutul de fiziologie normală și patologică al Academiei, institut care azi îi poartă numele. Aici a continuat cercetările sale asupra farmacodinamiei nespecifice și a altor probleme științifice.

La rîndul său, profesorul Lupu a desfășurat, pînă la decesul său survenit la 30 aprilie 1966, o neobosită activitate la catedră și în cadrul Institutului de terapeutică al Academiei, actualul Institut „N. Gh. Lupu". A fost cel dintîi rector al Institutului de medicină și farmacie din București, după reforma învățămîntului din 1948. A fost ales deputat în cîteva legislaturi și a făcut parte din Prezidiul Marii Adunări Naționale. În toate împrejurările s-a preocupat de perfecționarea sistemului sanitar al țării noastre, de aplicarea principiilor profilaxiei în medicina românească, de progresul învățămîntului și practicii medicale.

Daniel Danielopolu părea a fi un om mai distant și mai impasibil, o minte rece. Cei care l-au cunoscut îndeaproape pot da însă mărturie despre marea-i afabilitate și despre spiritul său în permanentă ebuliție, servit de o excepțională imaginație, de o logică stringentă și de o vastă cultură.

Atît el, cît și Nicolae Gh. Lupu au servit cu cinste și abnegație, timp de multe decenii, știința medicală și cauza apărării sănătății celor mulți.

DR. G. BRĂTESCU
Institutul de igienă și sănătate publică, București

accesele de plîns din primele săptămîni de viață

Numeroşi sugari mici prezintă repetate accese de plîns, atît în timpul zilei, cît şi al nopţii.

Acest simptom neliniştește părinţii şi creează copilului disconfort de alimentare, somn şi chiar de dezvoltare.

Nu rareori creează o stare de nevroză în familie, care se repercutează negativ asupra copilului şi chiar accentuează simptomul iniţial.

Prima întrebare pe care părinţii şi-o pun este dacă aceste accese de plîns sînt în legătură cu o stare de boală. Ele pot fi expresia unor dureri ce pot fi provocate de otita medie, de o infecţie urinară, de adenita mezenterică şi altele. În aceste cazuri accesele de plîns sînt însoţite de modificarea curbei termice (subfebrilitate, accese pasagere febrile), de inapetenţă, uneori de vărsături, paloare, staţionare în greutate ; alteori durerea este în legătură cu episodul de subocluzie intestinală, în care caz ele sînt accentuate şi coincid cu întreruperea emisiunii de gaze şi contractura abdominală.

Evident, consultul medical de specialitate va preciza diagnosticul şi va institui tratamentul corespunzător.

Accesele de plîns sînt datorate şi altor numeroase cauze care, de multe ori, sînt greu de precizat fără o atentă şi îndelungată observare a copilului, de către mamă. Astfel poate fi vorba de :

– subalimentare, fie cantitativă, fie calitativă ; în acest caz accesele de plîns precedă cu una-două ore orarul obişnuit al prînzurilor şi se calmează la oferta suplimentară de alimentaţie ; reglementarea raţiei alimentare permite cu uşurinţă îndepărtarea acceselor de durere ;

– malalimentaţia, adică administrarea de alimente nepotrivite sau greşit preparate pentru vîrsta respectivă ;

– tehnica greşită de alimentare : alimente prea fierbinţi sau prea rapid administrate ;

– greşeli de înlocuire a alimentelor şi defecte de igienă personală ;

– oboseala reprezintă o cauză frecventă a acceselor de plîns ; oboseala sugarului mic nu provoacă somn, ci plîns ; trebuie să ne gîndim la această cauză, analizînd programul veghe-somn, programul de întreţinere psihoafectivă, poluarea sonoră a mediului înconjurător.

Organizarea corectă a programului de viaţă va duce, în scurt interval, la dispariţia acceselor de plîns.

Dacă după eliminarea cauzelor menționate mai sus accesele de plîns continuă, ele pot fi datorate :

– hiperexcitabilității neuropsihice, situație de multe ori cu caracter familial și favorizată de exces de atenție, alintare, plimbat permanent în brațe, răspuns favorabil la orice capriciu ;

– hipertoniei, cu contractură musculară mai mult sau mai puțin intensă și variabilă ; este de multe ori în legătură cu antecedente obstetricale și neonatale ; consultul de specialitate neuropshic apreciază fondul și conduita terapeutică.

PROF. DR. DOC. **L. ȚURCANU**
Clinica de pediatrie Timișoara

SĂ ZÎMBIM PUȚIN

— De ce e așa prost dispusă mătușa ta în seara asta ?

— Am fost la teatru și să vezi ce i s-a întîmplat acolo. Știi că ea are 1 m nouăzeci înălțime și, la un moment dat, cineva din spate a strigat : „Doamna cu pălăria pepit luați loc". Ea s-a supărat, s-a ridicat în picioare, și cel din spate a zis : „Asta-i bună ! Eu îi spun să stea jos și ea se urcă pe scaun"...

Un bărbat bate la ușa unui hotel. Deodată apare un altul, cu un geamantan în mînă.

— Se doarme bine în hotelul acesta ?

— Și încă cum ! De o jumătate de oră bat și nu vine nimeni să deschidă.

— Ospătar ! Supa asta e rece ca gheața !

— E și normal ! Ați comandat-o acum o oră.

O tînără mamă se scoală noaptea, la scîncetul copilului, și se adresează soțului :

— Dragul meu, trebuie să mă duc să schimb copilul.

— Bine dragă, dar dacă tot îl schimbi, te rog fii atentă să iei unul mai puțin plîngăreț, răspunde soțul somnoros.

— Aveți creier ?

— Nu.

— Atunci să vină alt ospătar.

— Aveți multe replici de spus în piesă ?

— Nu. Eu joc rolul soțului.

— Cred, dragul meu, că ar fi timpul s-o măritățm pe Ileana noastră.

— Las-o în pace ! Să mai aștepte pînă o găsi un băiat ca lumea.

— Da' ce, eu am așteptat ? !

CULESE DE **I. MURGAN**

de ce și cînd ne vaccinăm copiii

La 26 octombrie 1977, în orașul Merca din Somalia, s-a înregistrat ultimul caz de variolă (vărsat negru) de pe glob. Această boală endemo-epidemică, cunoscută din cele mai vechi timpuri și care de-a lungul veacurilor a făcut milioane și milioane de victime, a devenit un atribut al istoriei medicinii. Organizația Mondială a Sănătății a certificat la 26 octombrie 1979, după doi ani de supraveghere atentă și intensă, *eradicarea variolei*. A fost făcută să dispară prima boală endemo-epidemică a omenirii, obținîndu-se cea mai mare victorie a omului asupra bolii ; această victorie a fost posibilă numai datorită vaccinului antivariolic și eforturilor de a-l aplica la un număr cît mai mare de oameni pe întreaga suprafață a globului. De doi ani *vaccinarea antivariolică a fost desființată* și în țara noastră.

Acest exemplu este cel mai convingător argument pentru acțiunile de vaccinare, pentru întreaga activitate de profilaxie, pe care Partidul și Statul nostru socialist o promovează ca pe cea mai importantă cale de ocrotire a sănătății populației.

Cei mai în vîrstă își amintesc, desigur, de marile epidemii de difterie și de poliomielită, care făceau printre copii mii de victime în fiecare an, de sutele de cazuri de tetanos, de zecile de mii de cazuri de tuse convulsivă *(pertussis)*. Datorită unei vaccinări tot mai cuprinzătoare a fiecărei generații de copii din țara noastră, aceste boli au devenit rare și cu mult mai puțin grave decît în trecut. Cea mai recentă ofensivă împotriva bolilor epidemice ale copilăriei o reprezintă vaccinarea antirujeoloasă, care numai în trei ani de aplicare în țara noastră a condus la o scădere de 5 pînă la de 10 ori a numărului de cazuri. În viitorul apropiat copiii noștri vor putea beneficia de noi vaccinuri, printre care și un vaccin cotra hepatitei virale B.

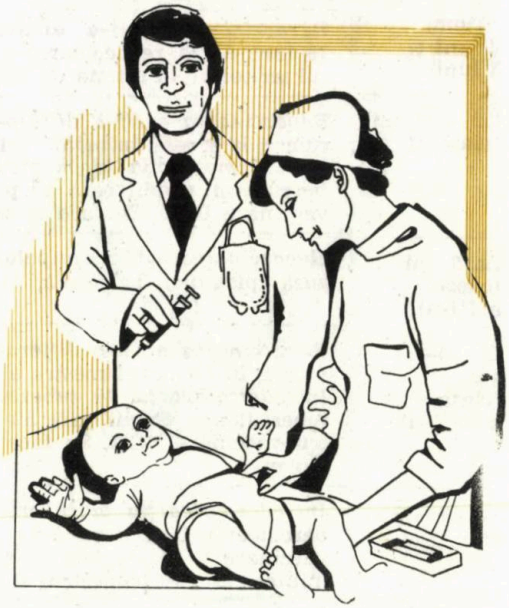
Condițiile succesului în prevenirea unor boli epidemice prin aplicarea de vaccinuri sînt :

— *Capacitatea vaccinurilor de a preveni boala*, capacitate care crește în fiecare an prin îmbunătățirile ce se aduc, ca urmare a descoperirilor din domeniul imunologiei și tehnologiei produselor biologice. În prezent dispunem de vaccinuri de mare eficacitate, care asigură o protecție absolută pentru 75—95% din copiii vaccinați și o scădere importantă a gravității bolii, pentru cazurile care încă se mai produc.

— Cea de a doua condiție este *colaborarea populației, și în special a mamelor*, care trebuie să-și prezinte copiii la vaccinare la vîrstele indicate și la datele stabilite de către organele sanitare.

Fiecare vaccinare are altă schemă de aplicare, se face la vîrste diferite, cu una sau mai multe doze, cu anumite intervale de timp între doze și între diverse vaccinuri. Aceste amănunte duc la concluzia nu numai că *toți copiii trebuie vaccinați, dar că trebuie vaccinați corect.*

Este cunoscut că în condițiile vieții moderne mobilitatea familiilor și chiar a copiilor a crescut foarte mult. Deseori catagrafiile întocmite de dispensarele medicale de teritoriu nu mai sînt integral valabile de la o lună la alta. În această situație, copiii care la datele programate nu se găsesc la domiciliul părinților pun probleme ce nu se pot rezolva decît cu colaborarea familiei. Mama din zilele noastre trebuie să țină ea însăși „războiul" vaccinărilor pe care urmează să le



Vîrsta la care se face vaccinarea	Tipul de vaccinare
4—60 zile	Vaccinarea *antituberculoasă* (cu vaccin BCG) se face cu o inoculare intradermică. Se aplică în maternitate. Dacă din diverse motive vaccinarea nu s-a făcut în maternitate, se va face la dispensarul teritorial, pînă la vîrsta de 2 luni. (Dacă copilul este contraindicat pentru vaccinare pînă la vîrsta de 2 luni, vaccinarea se va face între 5—10 luni, la dispensar.)
Între 45 de zile — 4 luni	Vaccinarea *antipoliomielitică* se face cu două doze administrate pe gură (picături), la interval de 6 săptămîni. Se face la dispensarul teritorial, la datele planificate în fiecare trimestru. (Una din doze se poate administra odată cu inocularea uneia din dozele de Di-Te-Per.)
Între 3—5 luni	Vaccinarea *diftero-tetano-pertussis* (Di-Te-Per) se aplică prin trei inoculări (3 doze), la cîte o lună interval. Se face la dispensarul teritorial în ultima săptămînă a fiecărei luni. (Depăşirea intervalului de o lună între doze poate conduce la anularea dozei sau dozelor anterioare, vaccinarea urmînd a fi reluată de la început.) *Notă:* La vîrsta de 5 luni, odată cu ultima doză Di-Te-Per, medicul dispensarului va face şi controlul cicatricei de la vaccinarea antituberculoasă. Dacă cicatricea lipseşte sau este mai mică decît 3 mm în diametru, copilul va fi reprogramat de către dispensar, pentru o nouă inoculare cu vaccin BCG.
După 9 luni	Vaccinarea *antirujeoloasă* se face cu o singură inoculare (doză) la dispensarul teritorial, la datele planificate de către medic.
Între 10—15 luni	*Revaccinarea I antipoliomielitică* se face cu o doză administrată pe gură (picături), la dispensarul teritorial, la datele planificate în fiecare trimestru.
La 11 luni	*Revaccinarea I diftero-tetano-pertussis* (Di-Te-Per) se face la 6 luni după ultima doză din vaccinarea iniţială, printr-o singură inoculare, la dispensarul teritorial, în ultima săptămînă a lunii.
29 luni (2 ani şi 5 luni)	*Revaccinarea a II-a diftero-tetano-pertussis* (Di-Te-Per) se face la 18 luni de la revaccinarea I, printr-o sigură inoculare, la dispensarul teritorial, în ultima săptămînă a lunii.
La 6—7 ani (clasa I)	*Revaccinarea a III-a diftero-tetanică* (Di-Te) se face cu o singură inoculare, la şcoală, în primul trimestru al anului şcolar. *Intradermoreacţia la tuberculină*, pentru verificarea imunităţii antituberculoase. Copiii care au pierdut imunitatea vor fi programaţi pentru vaccinare BCG. Se face la şcoală, în primul trimestru al anului şcolar.
La 9 ani (clasa a III-a)	*Revaccinarea a II-a antipoliomielitică* se face cu o doză, administrată pe gură (picături), la şcoală, în primul trimestru al anului şcolar.
La 13—14 ani (clasa a VIII-a)	*Revaccinarea a IV-a diftero-tetanică* (Di-Te) se face cu o inoculare, la şcoală, în primul trimestru al anului şcolar. *Intradermoreacţia la tuberculină*, pentru verificarea imunităţii antituberculoase. Copiii care au pierdut imunitatea vor fi programaţi pentru vaccinare BCG. Se face la şcoală, în primul trimestru al anului şcolar.
La 17—19 ani	*Intradermoreacţia la tuberculină*, pentru verificarea imunităţii antituberculoase. Tinerii care au pierdut imunitatea se programează pentru vaccinare BCG. Se face în şcoli, unităţi de învăţămînt superior, unităţi militare etc., în trimestrul al II-lea al fiecărui an.

primească copilul său. La datele fixate de organele sanitare, pentru unele vaccinuri, copilul poate fi vaccinat și la alt dispensar, pe raza căruia se află în momentul respectiv. Pentru aceasta însă este necesară o adeverință sau o indicație de la dispensarul de care depinde (recomandare, dovadă, fișa de supraveghere sau extras din această fișă etc.). Pentru orientare, oferim mamelor o schemă a vaccinărilor și vîrstele la care aceste vaccinări trebuie aplicate (în cazul în care nu este o contraindicație medicală, în cazuri speciale). Unele modificări ale acestei scheme, ce pot apărea în cursul unui an, sînt posibile și cunoscute de dispensarul medical teritorial, unde se pot obține amănunte de programare etc.

DR. **GH. ROMANESCU**

de ce își sug degetul copiii mici?

Suptul degetului de către copiii mici se întîlnește cu destulă frecvență și poate constitui sursa unor importante incidente sau accidente.

Acest simptom poate fi expresia subalimentației, ca dovadă că intervine, în special, cu oarecare timp înaintea prînzului, sau în cazul cînd se decalează orarul alimentației. De obicei durează numai cîteva minute și, în general, nu are consecințe negative.

Cînd suptul degetului durează însă de multă vreme, nici chiar înlăturarea cauzei nu duce la dispariția acestuia, pentru că s-a stabilit un reflex condiționat dificil de înlăturat.

O altă cauză a suptului degetului o constituie erupția dentară ; starea de tensiune și cea inflamatorie locală este calmată cu ajutorul masajului pe care îl exercită copilul prin intermediul degetului pe care îl suge.

Este necesar să se ia măsuri împotriva acestui obicei chiar de la apariția sa. Interzicerea bruscă și brutală a suptului nu duce la rezultate favorabile. Un procedeu mai bun este acela prin care se înlătură cauzele și eventual oferirea unei suzete (tetine oarbe), păstrată igienic.

De asemenea, oferirea de obiecte (jucării) atrăgătoare va menține timp îndelungat ocupate degetele copilului, nemailăsîndu-i timp să și le sugă.

Suptul degetului, timp prelungit, creează unele incidente și accidente, cum ar fi :

– inapetență, mai ales pentru alimente solide ;

– infecții bucodentare, cu consecințe severe asupra alimentației și risc de infecții digestive ;

– anomalii în dezvoltarea maxilarelor (deviere înainte a celui superior și înapoi a celui inferior) și a dinților.

Prelungirea suptului degetului la vîrste mai mari (10 luni și peste) nu reprezintă o stare de boală, ci un reflex condiționat fixat.

PROF. DR. DOC. **L. ȚURCANU**
Clinica de pediatrie Timișoara

UN EVENIMENT IMPORTANT ÎN FAMILIE

APARIȚIA DINȚILOR LA COPII

— Fetița mea are un anișor și nu are decît 8 dinți, iar nepoțica, de aceeași vîrstă, are 12 dinți ! — mi se adresa, acum cîteva zile, cu disperare în glas, un tînăr părinte. Și nu este singurul care-și face probleme din erupția dinților odraslei.

A ne interesa de dentiția copiilor noștri este un lucru bun ; acest lucru trebuie asociat altor griji părintești, pînă la majorat. Dacă privim acest aspect sub un unghi competițional, atunci putem spune că este vorba de o „cursă de fond" și nu „de viteză".

Discutînd cu foarte mulți părinți, am ajuns la concluzia că este bine ca aceștia să cunoască unele aspecte privind erupția dentară. Să vedem, deci, în ce constă și care este vîrsta erupției dinților.

Fenomen biologic de o mare complexitate, erupția dentară poate fi luată drept un indicator al întregii creșteri, avînd aceeași valoare ca și greutatea, înălțimea sau — mai tîrziu, la pubertate — apariția caracterelor sexuale secundare.

Oricum, apariția primului dinte de lapte, primul pas făcut de copil sau primul cuvînt rostit de copil reprezintă evenimente de familie. Ca o ilustrare pentru spiritul sintetic în care este tratată erupția dentară, îl vom cita pe Sașa Pană, părinte, medic și scriitor :

„În casă-i sărbătoare — bunica totuși plînge —
Vai ! În gingia știrbă — o seceră de sînge —
Chiar azi i-a răsărit întîiul dinte,
Cît drum pînă la perla cea de minte !"

Cu adevărat un drum lung, de două decenii ! Să vedem, deci, în linii mari, care sînt etapele acestui drum, în timp.

Migrarea dinților din profunzimea osului maxilar, unde au început a se forma încă din timpul vieții intrauterine, pînă la apariția lor completă pe arcadă, iată cum ar putea fi definit fenomenul fiziologic numit erupție dentară.

Ea reprezintă un proces comun mamiferelor și omului. În scara animală, a apărut pentru prima oară la reptile.

O trăsătură caracteristică a erupției dentare la om este aceea că ea se petrece în două etape, existînd o erupție a dinților temporari și una a celor permanenți.

Apariția dinților pe arcadă la om se face într-o anumită ordine, sub influența factorilor genetici. S-ar putea spune că ei apar pe rînd, „ca la moară". Vom vedea, în cele ce urmează, care este ordinea în care aceste minuscule „pietre de moară", care sînt dinții, apar pe arcadă, în vederea „măcinării alimentelor".

La copilul mic erupția dentară nu trece neobservată, fiind însoțită de o salivație abundentă, o ușoară înroșire a mucoasei gingivale la locul respectiv, chiar durere la atingere — pe care copilul, cînd este mai mărișor, o poate localiza — și o ușoară senzație de mîncărime în acel loc, motiv pentru care copilul simte nevoia de a-și introduce mereu degetul în gură, realizînd astfel, în mod instinctiv, o manevră de descongestionare a mucoasei.

Pentru a face cît mai puțin supărătoare aceste mici tulburări, este recomandabil ca mama să-i maseze gingia în locul respectiv, prin intermediul degetului mare sau a celui arătător, timp de circa 2 minute, de 4—6 ori pe zi, după ce, în prealabil, degetul curat a fost muiat în ceai de mușețel, care este un bun emolient și antiseptic, păstrînd astfel o bună igienă bucală, cu înlăturarea pericolului de infecție.

Dacă ținem cont că dinții temporari erup între 6 luni și 2 ani și jumătate, iar cei definitivi, între 6 ani și 12 ani, cu excepția măselei (molarului) de minte, care începe să erupă în jurul vîrstei de 18 ani sau mai tîrziu, și dacă consultăm tabelul alăturat, ne putem da seama dacă un copil are vîrsta dentară în concordanță cu vîrsta biologică.

Încă un amănunt. Există abateri plus-minus normale, de care trebuie să ținem seama. Erupția dentară poate prezenta variații în apariția ei, variații cuprinse între șase luni în plus sau în minus, la dinții temporari, și de un an, la dinții permanenți.

Dar, după cum arătam și în titlu, părinții așteaptă cu nerăbdare să le apară copiilor dinții și apoi se mulțumesc cu rolul de observatori, asistînd pasiv la evoluția ulterioară.

Este o atitudine greșită ! Odată cu apariția dinților nu am rezolvat problema dentară a copilului nostru. De-abia de acum înainte începe marea problemă a menținerii sănătății lor, a respectării normelor de igienă, a prevenirii îmbolnăvirilor, a educării copilului pentru acordarea unei atenții deosebite îngrijirii danturii.

CRONOLOGIA DENTIȚIEI UMANE

Dintele	Data apariției dintelui temporar	Data apariției dintelui permanent
Maxilar		
Incisiv central	7 1/2 luni	7—8 ani
Incisiv lateral	9 luni	8—9 ani
Canin	18 luni	11—12 ani
Primul premolar	*nu există*	10—12 ani
Al doilea premolar	*nu există*	6—7 ani
Primul molar	14 luni	6—7 ani
Al doilea molar	24 luni	12—13 ani
Al treilea molar (măseaua de minte)	*nu există*	17—21 ani
Mandibulă		
Incisiv central	6 luni	6—7 ani
Incisiv lateral	7 luni	7—8 ani
Canin	16 luni	9—10 ani
Primul premolar	*nu există*	10—12 ani
Al doilea premolar	*nu există*	10—12 ani
Primul molar	12 luni	11—13 ani
Al doilea molar	20 luni	11—13 ani
Al treilea molar	*nu există*	17—21 ani

DR. FLORIN COLONAȘ
Medic primar stomatolog

POFTA DE MÎNCARE

indicator al stării de sănătate a copilului

DR. OCTAVIAN POPESCU
medic primar, Spitalul de copii „Caraiman"

Desigur că ați sesizat, în repetate rînduri, fie pe propriul organism, fie la cei din preajma dv., adulți sau copii, variații importante ale poftei de mîncare, în funcție de gradul de boală sau de starea de sănătate a organismului.

Din foarte vechi timpuri se știe că, de regulă, o bună poftă de mîncare — sau în vorbirea medicală curentă „apetitul" — se acordă cu perfecta stare de sănătate a organismului, iar variația ei, în funcție de efortul fizic depus între mese, de calitatea alimentelor, de modul lor de pregătire și mai ales de prezentare, este redusă.

Un apetit normal determină o bună asimilare a principiilor nutritive din alimentele consumate și, în consecință, o bună creștere și dezvoltare a organismului uman, constatări evidențiate prin parametrii obiectivi de apreciere (greutate, înălțime, stare de sănătate), în special în perioada copilăriei. Din contră, diminuarea pînă la dispariție a apetitului — așa-numita anorexie — duce la o stagnare a creșterii și dezvoltării copilului, iar dacă durata ei se prelungește, chiar la o scădere importantă în greutate a organismului și la o stare de sănătate precară, datorită susceptibilității copilului, astfel debilitat, de a face numeroase și diverse boli.

Atîta timp cît copilul este sănătos, el va mînca întotdeauna cu poftă, iar dacă apetitul său scade simțitor, este foarte probabil ca aceasta să fie determinată de ivirea unei stări de boală, de o tulburare organică sau numai funcțională, temporară sau de mai lungă durată.

Printre numeroasele și variatele semne de manifestare clinică a unor boli la copii, diminuarea sau, mai rar, lipsa totală a poftei de mîncare constituie un semn clinic, pe cît de frecvent, pe atît de nespecific, anorexia apărînd ca numitor comun în foarte multe boli și suferințe ale unor aparate și organe ale corpului.

Diminuarea poftei de mîncare nu este deci o boală, ci numai un semn clinic, în cadrul unei boli ce poate apărea oricînd la copil. Interpretarea ei cea mai dificilă este la vîrsta de sugar (copilul în primul său an de viață), deoarece colaborarea sugarului la precizarea diagnosticului nu este posibilă.

La sugar diminuarea sau dispariția poftei de mîncare se poate datora, în numeroase cazuri, imposibilității acestuia de a se alimenta din cauza obstruării căilor

sale respiratorii (prin vegetații adenoide, rinofaringite), a existenței unor anomalii ale gurii, unei dureri vii la masticație (în caz de otită, amigdalită, stomatită) ; nu este vorba în aceste cazuri de o scădere reală a apetitului copilului, ci de imposibilitatea sa de a se alimenta, constituind ceea ce denumim în mod curent „falsa anorexie".

Odată cu dispariția cauzelor care determină alimentarea anormală a sugarului, el va mînca din ce în ce mai bine, încît va recupera, destul de repede, stagnarea sau chiar pierderea în greutate pe care o prezentase anterior vindecării sale.

Adevărata anorexie poate apărea la sugar ca o consecință a unor greșeli ale mamei sau ale altor persoane care îngrijesc copilul, legate de tehnica alimentară greșită, de nerespectarea orarului meselor, de supra- sau chiar subalimentația calitativă și cantitativă a acestuia, precum și de alimentația monotonă, unilaterală (cu un număr foarte redus de alimente și mereu aceleași, la vîrste la care ar fi trebuit alimentat diversificat) și de aportul uneori excesiv de vitamine D și A.

Și după vîrsta de un an, circumstanțele în care apare diminuarea, pînă la dispariție, a poftei de mîncare, sînt numeroase.

Starea de inapetență poate apărea deseori la copil înaintea, în timpul sau în perioada de convalescență după unele boli, așa cum sînt bronhopneumonia, otita, enterocolita, glomerulonefrita, apendicita cronică, verminozele intestinale și aproape toate bolile infectocontagioase ale copilului (rujeolă, rubeolă, gripă, oreion, scarlatină, dizenterie, hepatită epidemică infecțioasă).

Dealtfel, orice suferință digestivă, hepatică sau chiar o banală „răceală" se însoțește de diminuarea poftei de mîncare.

Trebuie înțeles însă, de la bun început, că reducerea apetitului în cadrul bolilor sus-amintite constituie una din măsurile de apărare a organismului, deoarece un aport alimentar normal în aceste condiții ar putea suprasolicita organele care asigură asimilarea și metabolismul alimentelor.

În toate cazurile de mai sus lipsa poftei de mîncare reprezintă, după cum precizam înainte, numai un simptom de boală, care apare și dispare odată cu boala care a declanșat-o ; este vorba, deci, despre „anorexia trecătoare", în care tratamentul nu se adresează anorexiei, ci bolii care a determinat apariția ei.

Există însă și unele forme de anorexie cronică, cu o durată prelungită sau chiar definitivă, pe tot timpul vieții bolnavului. Așa este cazul anorexiilor în unele boli endocrine (mixedem congenital, hipotiroidie latentă, unele tumori hipofizare), neurologice (boala Langdon Down, denumită și „mongolism", boala Little), cardiovasculare (în unele malformații de cord), renale (cu leziuni ale tubilor renali).

O categorie aparte o constituie, mai ales la copilul mai mare, „anorexia mentală, nevropatică sau nervoasă", ce se poate întîlni mai ales la fete, în perioada pubertară, în care anorexia merge mînă în mînă cu o stare de astenie ; ea se datorește modificărilor neuroendocrine prin care trec fetele în perioada pre- și pubertară, la care se mai pot adăuga factori traumatizanți din mediul familial sau școlar (certuri familiale, lipsa de înțelegere față de copila aflată în perioada transformărilor fiziologice importante, severitate excesivă din partea educatorilor etc.).

În cazuri rare, anorexia mentală poate reprezenta stadiul de debut, încă din copilărie, al unei boli psihice, cel mai adesea schizofrenia.

În sfîrșit, sînt cazuri în care inapetența de lungă durată duce la o stare cronică și progresivă de denutriție a organismului — denumită „caşexie" — în care nu numai că nu se constată o creștere a greutății corporale, ci, din contră, o scădere mare, copilul ajungînd în stadiul binecunoscut, din vorbirea populară, de „piele și os" ; este cazul bolilor consumptive severe, cum este tuberculoza pulmonară și mai ales diversele varietăți de cancer, ce se pot întîlni și la copil.

Diminuarea apetitului poate interesa totalitatea produselor sau principiilor alimentare (grăsimi, zaharuri, proteine) ; ea poate fi însă și selectivă, interesînd cu precădere unele alimente, așa cum sînt grăsimile pentru bolnavii cu tulburări hepatobiliare sau alimentele acide pentru bolnavii ulceroși sau renali.

Tratamentul anorexiei este complex și trebuie condus numai după prescripțiile

medicului ; el se va adresa bolii de bază, precum și modificării fondului biologic și psihic, profund afectate, ale bolnavului.

Este locul să amintim aici greșita mentalitate a unor părinți care vin și solicită insistent medicului prescrierea unor medicamente pentru creșterea apetitului copilului. Dorim ca aceștia să știe că nu avem la îndemînă medicamente de-a dreptul „miraculoase", care să crească evident pofta de mîncare. Tincturile amare, soluțiile cu acid clorhidric sau/și cu pepsină, precum și unii hormoni anabolizanți (Naposim, Anapollon, Decadurabolin) sînt slab antianorexigene; mai mult, medicamentele din ultima categorie pot deveni chiar periculoase atunci cînd sînt utilizate în combaterea anorexiei, prin efectele secundare severe pe care le pot declanșa.

Diminuarea apetitului copilului în unele stări de boală este înlocuită, în altele, cu opusul său — creșterea exagerată a poftei de mîncare și consumarea unor cantități excesive de alimente —, termenul consacrat pentru acest semn de boală fiind cel de „bulimie".

Fie că mănîncă tot timpul cîte ceva, fie doar la mesele principale, dar în cantități exagerate, copiii cu astfel de tulburări sugerează existența unei boli importante, în care se suprasolicită funcțiile metabolice ale organismului lor.

Exagerarea apetitului se constată la mulți dintre copiii sau adulții cu obezitate de cauză endocrină, la care creșterea exagerată a poftei de mîncare, în special pentru dulciuri și făinoase, constituie atît cauză, cît și efect ; bolnavul este gras, chiar obez, din cauza unei tulburări glandulare (tiroidă, hipofiză, suprarenală) cu răsunet metabolic asupra asimilării principiilor alimentare. El se va îngrășa încă și mai mult, ca o consecință a consumului exagerat de alimente cu bogat conținut caloric. La aceasta se adaugă și o activitate fizică redusă, din cauza gradului avansat de obezitate, care completează cercul vicios anterior.

Așa se face că gradul de obezitate al copiilor cu diverse afecțiuni endocrine crește văzînd cu ochii, direct proporțional cu cantitatea mare de alimente ingerate, datorită apetitului excesiv și lipsei unui control al ingestiei, exercitat de bolnavul însuși și de familia sa, după prescripții medicale individualizate.

Diabetul la copil este o altă boală în care apetitul devine exagerat, fără a duce, însă, în mod obligatoriu, la obezitate. Pe lîngă consumul mult crescut de lichide, pofta de mîncare excesivă nu scapă neobservată nici bolnavului, nici medicului, acestea constituind semne clinice edificatoare pentru diabetul zaharat al copilului. Corectînd deficitul de insulină (responsabilă de apariția bolii) prin administrarea unor preparate care conțin această substanță biologic activă, se diminuează, în mare măsură, semnele clinice cele mai supărătoare ale bolii (bulimia, setea exagerată și micțiunile abundente).

Există, în sfîrșit, și cauze neuropsihice care pot determina creșterea exagerată a apetitului. Așa se face că la o serie de copii cu deficiențe mentale, cum este cazul în oligofrenie, idioție sau în imbecilitate, se constată un consum exagerat de alimente și fără nici o preferință, copilul mîncînd, așa cum se spune în popor, „în prostie". Cauza acestei bulimii este cerebrală și se datorește scăpării de sub controlul creierului al unui centru așa-zis al „poftei de mîncare".

În afara unor cazuri patologice de exagerare a poftei de mîncare, există însă și unele stări fiziologice normale, în care apetitul crește simțitor, dar numai pentru o perioadă limitată de timp. Este cazul copiilor mari, aflați în convalescență după o serie de îmbolnăviri, la care revenirea la normal sau creșterea apetitului reprezintă un semn prevestitor al vindecării clinice. Tratamentul cu cortizon în doze mari, administrat copiilor pe timp îndelungat, duce, de regulă, la o poftă de mîncare exagerată, dar care revine la normal odată cu suprimarea tratamentului cortizonic.

Cele cîteva situații de modificare a apetitului copiilor, în funcție de starea lor de boală și pe care le-am prezentat, fără a fi singurele din patologia copilului, credem că sînt edificatoare pentru dv. în privința corelației directe ce există între pofta de mîncare și starea de sănătate a organismului.

Ori de cîte ori apare în perioada copilăriei o modificare importantă — și mai ales persistentă — a apetitului, aceasta trebuie să constituie pentru familie un semn de alarmă, pentru că poate traduce debutul sau chiar existența unei stări de boală. Diagnosticul bolii și tratamentul fiecărui caz în parte aparține medicului, dar la el trebuie să concure atît bolnavul, prin voința sa, cît și familia care îl îngrijește și îl înconjură cu toată dragostea și căldura.

tulburările psihoafective și de comportament la copii

CONF. DR. DOC. V. PETRESCU-COMAN

Dezvoltarea psihică a copilului, de la naștere și pînă la sfîrșitul adolescenței, depinde de predispoziție (stare constituțională înnăscută) și de acțiunea mediului înconjurător (educație, în primul rînd ; îngrijiri ; afecțiunea familiei ; condiții sociale), care permite realizarea predispoziției. Un mediu necorespunzător poate determina aspecte negative: tulburări psihoafective (manifestări psihoreactive) și comportament anormal. Tulburările depind, în primul rînd, de terenul constituțional, temperament și vîrstă ; în al doilea rînd, de natura, intensitatea, durata și varietatea influențelor negative.

Originea și cauzele manifestărilor anormale de reactivitate psihică și comportament la copiii de diferite vîrste, cu psihic și inteligență normală, sănătoși, trebuie căutate, în primul rînd, în mediul familial — părinții și bunicii care se ocupă de creșterea și educația copilului. Greșelile în educație sînt cauza principală cea mai frecventă.

Uneori „sosirea unui frățior sau a unei surioare", printr-un sentiment de frustrare, de gelozie, poate influența negativ psihicul și comportamentul copilului, dacă familia nu a știut să-l pregătească pentru „primirea" noului copil. Neînțelegeri între părinți și bunici în privința educării copilului (unii prea „duri", ceilalți prea „tandri"), starea de sănătate neuropsihică alterată a părinților (nevroze, psihopatii), familie dezbinată, dezorganizată, sînt alte cauze. Uneori „pretenții" exagerate ale părinților față de capacitatea copilului școlar („Să ia numai nota 10" !), faptul că nu este privit cu înțelegere sau chiar este pedepsit în loc de a fi ajutat în pregătirea lecțiilor, cînd a luat „notă mică", vor putea genera tulburări psihoreactive la școlar, dacă situația persistă sau se repetă.

Acceptarea de către părinți a unor manifestări anormale psihoreactive și de comportament, repetate, de durată, se va putea repercuta ulterior în comportamentul copilului la grădiniță, la școală sau cu persoane din afara familiei, copilul nefiind capabil să se „adapteze", să corespundă vieții în societatea care impune anumite renunțări și constrîngeri.

Incapacitatea copilului de a fi la „înălțimea cerințelor" va genera alte noi și variate tulburări de comportament. Uneori copiii mai mari negăsind „înțelegere" în familie se „retrag în sinea lor", se „interiorizează" ; alteori se asociază la o grupare („bandă") de copii și comit acte antisociale (acte huliganice, furt ș.a.).

Există și „părinți exagerați" sau „neinstruiți", care apreciază drept „comportament anormal" ceea ce este totuși normal pentru copilul de vîrsta respectivă. De exemplu, de la 6—7 luni, unii sugari „descoperă" și se „joacă" cu organele genitale, aceasta nefiind însă masturbație ; cu totul alta este situația la preadolescent și la adolescent.

La orice anomalie de comportament — reală sau presupusă — observată de părinți, este necesară consultația medicului, anomaliile de comportament nefiind „deprinderi proaste", ci tulburări psihoreactive, care necesită o terapeutică adecvată.

Manifestările psihoreactive și anomaliile de comportament la copiii normal dezvoltați neuropsihic, cu inteligență normală, sînt numeroase și variate, în funcție și de vîrsta copilului : refuzul de a mînca, suptul degetului, roaderea unghiilor, absența controlului sfincterului vezical (enurezis) și anal (encoprezis) ; tulburări ale somnului ; diverse ticuri ; manifestări sexuale anormale ; gelozie ; frică ; timiditate excesivă ; agitație permanentă, turbulență ; agresivitate sau „rezervă" excesivă ; dependența de părinți sau bunici, în special de unul din ei (copil-bebe) ; tulburări de vorbire ; negativism ; deprinderi voluptoase ; stări de furie, de mînie ; minciună : impulsiuni, pînă la comportament de tip predelincvent sau delincvent ; obsesii : psihoze... și încă multe altele.

Vom prezenta cîteva dintre cele mai frecvente anomalii psihoreactive și de comportament observate la copii sănătoși, cu dezvoltare psihică și inteligență normale, la care s-au exclus diferite cauze patologice, care ar putea să le genereze.

Anorexia. Pierderea poftei de mîncare și refuzul recidivant sau prelungit de a mînca se pot observa la sugar cu ocazia „diversificării" alimentației, dacă mama persistă și îl „forțează" să mănînce alimentul „nou". La copilul mic, 1—3 ani, care „înainte mîncase bine", dar acum nu mai mănîncă (atît cît vrea mama !), anorexia apare și persistă dacă va fi forțat să mănînce... Dacă i se oferă „atenții" (jucării, povești ș.a.) ca să mănînce, el va primi hrana, dar după cîteva zile refuză din nou, căci așteaptă alte „noi atenții"..., situația repetîndu-se, spre supărarea mamei, care, uneori va recurge și la alte „metode". Variații repetate ale „meniului", vitamine, „stimulente" ale apetitului nu dau rezultate de durată. „Greva de foame și de sete" este cea mai indicată : să mănînce din mîncarea oferită „cînd vrea, ce vrea, cît vrea"... să ceară el ! La pubertate există o formă gravă de anorexie „psihică" (mintală : nervoasă), cauzată de conflicte cu mediul de viață, putînd ajunge la „cașexie" („piele și oase") și necesitînd spitalizare.

Suptul degetului și al suzetei. Sugarul care suge degetul sau suzeta denotă o „insatisfacție bucală" : nu a supt la sîn sau la biberon cît timp a vrut el, dar a primit laptele necesar. Obiceiul poate dura pînă în anul al doilea, deoarece diverse metode (chinină pe deget, mănușă, legatul mîinii) nu dau rezultate. Copiii trecuți de 2 ani, care își sug degetul, fac aceasta în momente de neliniște, de teamă sau la culcare, iar școlarii la „dificultăți" în pregătirea lecțiilor. Nu este necesar ca sugarul să fie „dezvățat" cu orice preț. Dacă obiceiul persistă după vîrsta de 2—3 ani, s-ar putea produce o deformare a danturii și a bolții palatine („cerul gurii"). Cearta sau pedepsirea nu dau rezultate. Preșcolarul și școlarul vor fi sfătuiți că nu este bine, nu este sănătos, fiind neigienic, nu este frumos... creîndu-li-se alte preocupări „normale", corespunzătoare vîrstei.

Roaderea unghiilor. Este un semn, la copilul mai mare, de neliniște, de teamă. Dacă nu se asociază cu alte simptome, nu constituie un semn de boală. Se va explica copilului că nu este igienic.

Ticuri. Survin, de obicei, la copiii emotivi, între 5—10 ani. Uneori pot fi atribuite unei „iritații" locale sau din apropiere, manifestări ca : clipitul ochiului, strîmbături ale feței, ridicări ale unui umăr... De obicei, reprezintă o neadaptare emotivă în raport, mai ales, cu „grădinița", școala sau cu „presiuni sociale". Se indică eliminarea eventualei cauze locale, eliminarea „tensiunii" provocatoare.

Tulburări de vorbire. La copilul cu auz normal și fără deficiență mintală se pot observa : întîrziere, pînă la 2—3 ani, pronunțare neclară, vorbire „bebe", bîlbîială, gîngăveală. Întîrzierea poate fi provocată de faptul că unii părinți fac inutil efortul copilului de a începe să vorbească : copilul arată cu degetul ce dorește să i se dea, cere sau denumește cu 1—2 silabe. Dacă aude, dacă înțelege și execută ce i se cere, dacă nu există o cauză neurologică, întîrzierea nu constituie motiv de îngrijorare. Bîlbîiala și gîngăveala pot surveni, la un copil de 3—6 ani, care vorbise corect, cu ocazia primei stări de tensiune nervoasă (ceartă, bătaie, nesatisfacerea unei dorințe ș.a.) și, de obicei, dispare după ce tulburarea afectivă a copilului nu mai există, dispariție care poate fi favorizată, de exemplu, prin satisfacerea unei mari dorințe. Atragerea permanentă a atenției copilului nu face decît să permanentizeze bîlbîiala sau gîngăveala. Consultația logopedului și a psihologului este utilă.

Enurezis. Urinarea în pat, mai ales noaptea, uneori și ziua, după vîrsta de 3 ani, este mai frecventă la băieți. Uneori cauza este lipsa de „educație vezicală", care trebuie făcută gradat, începînd de la 10—12 luni, astfel încît copilul „nu se mai udă" în timpul zilei la $1^1/_2$-2 ani, iar noaptea, în pat, la 2-$2^1/_2$ ani. Cel mai frecvent este generată de un traumatism psihic (lipsa de afectivitate a părinților, prezența unui nou copil, gelozia ș.a.), coexistînd, adeseori, cu alte tulburări de comportament (timiditate exagerată, crize de mînie ș.a.). Este necesar ca medicul să elimine alte cauze : anomalii sau infecții ale căilor genito-urinare, anomalii ale măduvei spinării, epilepsie, diabet ș.a. În caz de enurezis nocturn de origine psihică, suprimarea lichidelor, chiar și a fructelor, începînd de la ora 17, pînă a doua zi dimineața, reeducarea vezicală timp mai prelungit, prin trezirea noaptea, la oră fixă, ca să urineze, pot fi eficiente. Uneori se adaugă tratamentul prescris de psihiatru, Electroencefalograma poate fi utilă pentru diagnosticul cauzei neurologice.

Encoprezis. Dacă copilul este sănătos, educația de a „face la oliță" poate începe de la vîrsta de 8 luni, cînd sugarul stă pe șezut, dar mulți copii nu reușesc „să facă regulat la oliță", mai devreme de $1^1/_2$ an. Defecarea involuntară, după 3 ani, necesită control psihiatric.

Tulburări de somn. **Se pot manifesta prin „crize de țipete paroxistice", după ziua a 10-a — a 12-a de viață, crize care apar la $\frac{1}{4}$-$\frac{1}{2}$ oră după ce a supt, durînd pînă la suptul următor. Cedează spontan la 3-3$\frac{1}{2}$ luni, calmantele folosite fiind ineficiente. Deseori greșit atribuite unor tulburări digestive — inexistente —, sînt datorite faptului că sugarului îi lipsește suptul la sîn — relația mamă-copil — contactul cu mama lui. La sugarul sănătos, între 3 și 9 luni, de obicei nu există tulburări ale somnului.**

Mulți copii sănătoși, între 1 și 3 ani, refuză să doarmă „singuri", în pat separat sau în altă cameră. Cauza : părinții (în special mama), prea „protectori" și „afectuoși" au ținut copilul în patul sau în camera lor și nu i-au impus, încă din primul an, să doarmă „singur". Copilul se trezește deseori din somn, se agită, țipă, pînă ce este luat în brațe, legănat și adormit, uneori după ce i s-a dat și ceai. După cîtva timp se trezește, țipă... și totul se repetă, în aceeași noapte și în nopțile următoare. Tratament : reeducare ; eventual, înainte de culcare, Fenobarbital sau alt medicament prescris de medic.

Copilul între 3 și 6 ani poate avea coșmar — vis îngrozitor ; cînd se trezește spontan din somn este conștient și își amintește ce a visat (uneori „evenimente" din cursul zilei care l-au impresionat puternic). Alteori poate avea „pavor" : nu se trezește spontan din somn ; cînd se trezește, nu-și amintește visul îngrozitor.

Somnambulismul însoțește vise înspăimîntătoare. În toate aceste cazuri, se vor evita „evenimente" care să-l impresioneze ; „atmosferă" calmă ; va fi culcat, în liniște, după ce a luat „calmantul" prescris de psihiatru. Somnul agitat, neliniștit, poate fi provocat și de prezența de oxiuri la anus — parazitoză — care trebuie tratată.

Crize de mînie, de furie. **Sugarii sănătoși, corect alimentați și îngrijiți, plîng puternic, prelungit, pentru că nu sînt luați în brațe și legănați... Trebuie „dezvățați" de obiceiul acesta : să fie lăsați să țipe, pînă ce se potolesc și adorm. Uneori copii de 1-3 ani, nemulțumiți de „ceva", plîng cu furie, își opresc respirația, se învinețesc și cad jos : sînt „crize afective respiratorii", pe care, de obicei, nu le mai repetă în cursul aceleiași zile, dar le vor repeta în zilele următoare. Să fie lăsați să plîngă, pînă ce nu mai pot : nu li se întîmplă nimic. Uneori electroencefalograma ordonată de psihiatru este anormală, indicînd un tratament medicamentos.**

Deprinderi voluptoase. **În afară de roaderea unghiilor (onicofagie), copiii cu tulburări de comportament psihoreactive mănîncă pămînt (geofagie), moloz sau var de pe pereți (nu ar fi un semn că au nevoie de calciu !), își rup părul și îl înghit ș.a. Sînt indicate : atitudine înțelegătoare, sfaturi.**

Negativism. **Copiii între 1 și 3 ani nu răspund cînd sînt întrebați și nu execută ceea ce li se cere... dar răspund și execută ceva mai tîrziu, cînd vor ei... Situația dispare, de obicei după 3 ani, spontan.**

Alte anomalii de comportament prezentate de copil necesită consultația medicului de specialitate.

Fără cuvinte...

DESENE DE NIC NICOLAESCU

HIPOTROFIILE STATURALE

Înălţimea este o caracteristică de specie, cu variaţii geografice importante. Există populaţii înalte, la care media înălţimii bărbaţilor depăşeşte 180 cm — aşa cum sînt sudanezii —, şi populaţii foarte scunde — pigmeii din bazinul fluviului Congo —, care nu trec de 140—145 cm. Variaţii există şi în Europa. Populaţiile din Peninsula Scandinavă sînt mai înalte decît cele din bazinul Mării Mediterane. În România înălţimea medie a bărbaţilor trece cu puţin de 170 cm, iar a femeilor, de 164 cm. Dacă însă vom studia înălţimea generaţiilor tinere vom observa — faptul este evident — că la toate nivelurile de vîrstă, bărbaţii şi femeile tinere sînt mai înalţi decît părinţii lor. Nu este un fenomen nou. Creşterea în înălţime este un proces general, remarcat pretutindeni unde condiţiile social-economice s-au ameliorat. El face parte din complexul de caractere pe care antropologii îl numesc *complex secular* (caractere seculare, deoarece au cunoscut evidente modificări în ultimul secol). Caracterele seculare ilustrează unul dintre marile adevăruri ale geneticii, acela că toate caracterele umane normale sînt condiţionate şi de ereditate şi de mediu.

Ca oricare alt caracter, înălţimea nu poate depăşi limita de specie. Ea a crescut continuu, dar, după ce atinge o valoare dată, fixată genetic, nu se mai modifică. În S.U.A., de pildă, înălţimea medie nu s-a mai modificat de cîteva decenii. Bărbaţii de acum, ca şi cei din anii 1950, au o înălţime de 176 cm, iar femeile, ca şi mamele lor, au o înălţime medie de 171 cm. Firește, există importante variaţii individuale. Unii tineri se apropie de 190 cm — sau chiar mai mult —, fără ca această valoare să aibă o semnificaţie clinică, iar alţii abia trec de 160 cm.

În asemenea condiţii ne întrebăm unde este graniţa dintre normal şi anormal, în cazul hipotrofiilor staturale. Oricît ar părea de ciudat, distincţia nu este simplă.

Şi totuşi trebuie să stabilim limita sub care putem vorbi de o ***hipotrofie staturală***. S-a spus, de pildă, că un hipotrofic statural este un copil care este evident mai scund decît copiii de aceeaşi vîrstă. Definiţia este sugestivă, dar nu foarte exactă. De aceea hipotrofiile staturale sînt deseori divizate în :

— *nanism*, cînd înălţimea este cu 10% sub medie ;

— *înălţimea mică*, atunci cînd dificitul nu depăşeşte 20% din medie.

Hipotrofiile staturale nu sînt rare (ne referim la toate tipurile de deficite de creştere). În S.U.A., de exemplu, există aproximativ 5 milioane de oameni cu o înălţime semnificativ mai mică decît media. Aceasta înseamnă 3—4% din totalul populaţiei. Dintre ei doar 0,2% sînt nanici (în populaţia sub 20 de ani).

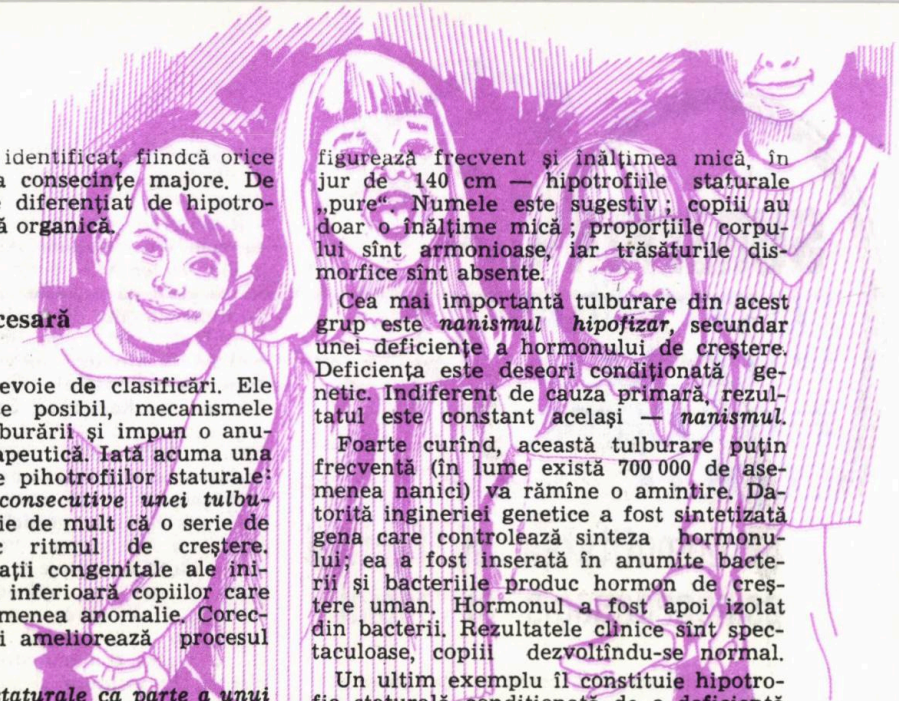
Cauzele hipotrofiei staturale

Deoarece înălţimea este condiţionată şi genetic şi de mediu, alterarea oricăruia dintre cei doi factori poate antrena reducerea acesteia. Există de mult o certitudine că înălţimea copiilor din mediile nefavorizate este mai mică — nu cu prea mulţi centimetri, este adevărat — decît înălţimea copiilor din medii favorizate economic. Există apoi familii scunde şi familii înalte. Particularitatea este condiţionată genetic, dar aceasta nu este o lege. Deseori părinţii scunzi au copii înalţi şi invers.

Se vorbeşte din ce în ce mai mult despre deficitele de creştere condiţionate de factori psihologici, care nu sînt însă prea bine definiţi.

Este însă sigur că mulţi dintre copiii cu deficit moderat sau mic se vor dezvolta normal. Explicaţia este simplă sau aparent simplă : aceşti copii nu prezintă o tulburare organică.

Grupul de cauze care explică majoritatea hipotrofiilor staturale moderate tre-



buie foarte exact identificat, fiindcă orice eroare poate avea consecințe majore. De asemenea, trebuie diferențiat de hipotrofiile care au o bază organică.

O clasificare necesară

Medicina are nevoie de clasificări. Ele reflectă, cînd este posibil, mecanismele subiacente ale tulburării și impun o anumită conduită terapeutică. Iată acuma una dintre clasificările pihotrofiilor staturale:

— *Hipotrofiile consecutive unei tulburări cronice.* Se știe de mult că o serie de boli cronice reduc ritmul de creștere. Copii cu malformații congenitale ale inimii au o înălțime inferioară copiilor care nu prezintă o asemenea anomalie. Corectarea malformației ameliorează procesul de creștere.

— *Hipotrofiile staturale ca parte a unui sindrom.* Este un grup important care include numeroase tulburări condiționate genetic, fie de o anomalie cromozomială — cînd nu sînt transmisibile —, fie de o mutație genică — situație în care sînt ereditare. În aceste cazuri hipotrofia statural este doar o parte din sindrom. Copiii prezintă multe alte anomalii asociate: ale craniului, ale feței, reducerea proporționată sau disproporționată a membrelor față de trunchi. De asemenea, pot fi reduse selectiv doar anumite segmente ale membrelor, extremitățile, brațele, antebrațele, respectiv gambele și coapsele.

Două exemple extrase din patologia cromozomială vor ilustra această categorie, și anume:

— *sindromul Down sau sindromul de trisomie 21,* numit încă cu totul eronat și *mongolism*, este determinat, așa cum sugerează și numele, de un mic cromozom suplimentar, de prezența în triplicat a cromozomului 21. Este întîlnit într-o frecvență de 1/600—1/700 de nou-născuți. Copiii cu acest sindrom sînt ușor de recunoscut, datorită unei asociații, cu totul particulare, de malformații ale feței și mîinilor (există multe alte anomalii mai mult sau mai puțin constante). Înălțimea mică este una dintre caracteristicile acestui sindrom;

— *sindromul Turner* este rar (1/3 000 de nou-născuți fete). Se distinge genetic prin prezența unui singur cromozom de sex X sau, mai rar, printr-un amestec de celule cu cromozomi normali XX și celule cu un singur X.

Deseori fetele care prezintă acest sindrom sînt ușor de identificat clinic, deoarece au un complex de malformații caracteristic. Printre elementele de diagnostic figurează frecvent și înălțimea mică, în jur de 140 cm — hipotrofiile staturale „pure". Numele este sugestiv; copiii au doar o înălțime mică; proporțiile corpului sînt armonioase, iar trăsăturile dismorfice sînt absente.

Cea mai importantă tulburare din acest grup este *nanismul hipofizar*, secundar unei deficiențe a hormonului de creștere. Deficiența este deseori condiționată genetic. Indiferent de cauza primară, rezultatul este constant același — *nanismul.*

Foarte curînd, această tulburare puțin frecventă (în lume există 700 000 de asemenea nanici) va rămîne o amintire. Datorită ingineriei genetice a fost sintetizată gena care controlează sinteza hormonului; ea a fost inserată în anumite bacterii și bacteriile produc hormon de creștere uman. Hormonul a fost apoi izolat din bacterii. Rezultatele clinice sînt spectaculoase, copiii dezvoltîndu-se normal.

Un ultim exemplu îl constituie hipotrofia statural condiționată de o deficiență a hormonilor tiroidieni. Diagnosticată de timpuriu și tratată corect, aceasta permite o creștere normală a copiilor.

Este evident că diagnosticul unei hipotrofii de creștere impune o investigație complexă. Nici un efort nu este însă prea mare, mai ales atunci cînd tulburarea de creștere poate fi corectată.

Cîteva implicații psihologice

Să nu uităm că o înălțime mică poate fi — mult mai des decît credem — un factor traumatizant. Copiii încearcă un sentiment de frustrare, se simt marginalizați, pot avea reacții psihologice bizare. La rîndul lor părinții se simt vinovați și încearcă să facă tot ceea ce este posibil pentru remedierea situației. Vor să știe care sînt perspectivele copilului și deseori care sînt riscurile de a avea un nou copil anormal. Firește, deseori putem să liniștim părinții. *Numai deseori!* Întotdeauna însă sîntem obligați să asigurăm părinții că un nanic cu inteligență normală, așa cum sînt acondroplazicii sau nanicii hipofizari, se va integra normal și că va fi un om între oameni. Nu de puține ori copiii cu nanism au nevoie, pentru a depăși dificultățile emoționale, de asistență psihiatrică și de înțelegerea noastră, a tuturor celor care am avut șansa de a avea o înălțime normală.

DR. **C. MAXIMILIAN,**
DR. BIOLOG **DOINA IOAN**
Institutul de endocrinologie

SURZENIA nu constituie un obstacol în educarea copilului

Surdomutitatea și factorii psihopedagogic și social

Necesitatea unei continue pregătiri profesionale, politico-ideologice și culturale, a tuturor cetățenilor patriei noastre, a determinat organizarea de cursuri de reciclare, în vederea reimprospătării cunoștințelor anterioare, însușirii altora noi și adoptarea celor mai moderne tehnologii în diversele domenii de activitate, precum și inițierea diferitelor forme de culturalizare a maselor.

Succesul acestor activități este condiționat de existența factorului psihopedagogic, care este inițiatorul și motorul activităților de cunoaștere, într-o măsură cît mai largă și mai profundă, a obiectelor și fenomenelor realității înconjurătoare, a dezvoltării vieții spirituale și a formării personalității umane. Făurirea acestui factor psihopedagogic, care asigură permanentizarea activității educative a handicapaților auditiv, se realizează printr-o pregătire adecvată structurii lor biopsihice, desfășurată în unități organizate, dotate cu programe și metode speciale.

În școala specială de surzi, handicapații auditiv își însușesc limbajul vorbelor ca mijloc de comunicare, de însușire a cunoștințelor și ca instrument al gîndirii. Aici se realizează dezvoltarea capacității intelectuale, prin stimularea în permanență a gîndirii și a imaginației creatoare.

Automatismele intelectuale, de care are nevoie gîndirea, în desfășurarea sa ca sistem de operații psihice, se formează la copiii cu auz normal, considerabil de intens și substanțial, în școală.

La surzi însă, în special la cei născuți surzi sau asurziți înainte de a învăța să vorbească pe calea naturală auditivă, fără un proces instructiv-educativ, organizat corespunzător deficienței respective, edificarea factorului psihopedagogic devine irealizabilă. Numai școala specială, cu metodele ei de predarea învățămîntului, adecvate structurii biopsihice a elevilor handicapați auditiv, poate interveni cu competență în procesul de formare a omului, capabil de adaptare la cerințele social-umane, mereu în creștere.

Rivalizarea rezultatelor obținute de aceștia, cu cele ale colegilor lor auzitori, constituie proba evidentă a certei eficiențe a școlii speciale, în ce privește integrarea în producție a deficienților de auz.

În scopul sprijinirii integrării deficienților auditivi în frontul oamenilor muncii și în societate, Consiliul Central al Asociației Surzilor din Republica Socialistă România a organizat, în anul 1974, o masă rotundă, la care au fost invitați reprezentanți din diferite sectoare de activitate : pedagogie, psihologie, medicină, asistență socială, tehnică etc.

În unanimitate, participanții au menționat faptul că integrarea handicapaților auditiv în societate constituie o necesitate națională și, în același timp, individuală. Experiența de la catedră, din țară și de peste hotare, dovedește, pe de-a-ntregul, înfăptuirea încadrării cu succes a handicapaților de auz în societate, în instituții și întreprinderi, chiar în învățămîntul superior.

Educația și instrucția handicapaților auditiv își desfășoară activitatea pedalînd pe compensarea simțului pierdut – auzul – cu analizatorii rămași în stare de integritate anatomofuncțională, substituind auzul cu simțul optic. Astfel, subiectul mutilat de auz este susceptibil la o educație elementară, medie și chiar superioară, potrivit efortului pe care îl depune în activitatea de învățare, prin substituirea percepțiilor auditive cu cele vizuale și tactile. Cu migală și măiestrie, profesorii surdopedagogi îl învață pe cel care nu a grăit niciodată, să rostească sunetele limbii, cuvinte și propoziții, paralel cu identificarea lor după imaginile fonolabiale, pe cale optică.

Viața a dovedit că integrarea în societate se realizează numai printr-un învățămînt bazat pe însușirea limbajului verbal, ca mijloc de comunicare. Stăpînirea limbii de către deficienții de auz este condiționată de însușirea structurii fonetice, cu o articulație inteligibilă, de însușire a lexicului și a structurii gramaticale, la care, în comparație cu învățarea limbii de către auzitori, la aceștia se mai adaugă **labiolectura.** Fără îndoială, recepționarea vorbirii prin citirea labială necesită o considerabilă încordare a atenției vizuale, precum și un efort de gîndire, cu întregul ei cortegiu de operații logice, organizate în lanțuri întregi de sisteme închegate, coexistente în scoarța cerebrală, pe cîtă vreme dactilarea – o expunere de semne convenționale, făcute cu degetele, ce reprezintă exprimarea fără grai a unui mesaj transmis – oferă posibilitatea de a citi vizual, cu mai puțină cheltuială de energie din partea subiectului, care recepționează, dar și din partea emițătorului-transmițător. Într-adevăr, dactilarea este o formă comodă de exprimare și de recepționare a informațiilor. Inconvenientul, care practic este incomensurabil de mare, constă în faptul că dactilemele sînt cunoscute numai de surdomuți și cadrele educative, care încă le mai utilizează ca mijloc de comunicare, acordînd, în consecință, mai puțină importanță labiolecturii sau chiar neglijînd-o.

În realitate, labiolectura reprezintă singura formă de recepționare a vorbirii cu grai cu care este direct asociată și care oferă posibilitatea deficientului auditiv să lege relații de comunicare cu auzitorii, asigurîndu-i, totodată, realizarea unei autentice integrări în societate.

Este cunoscut faptul că numai acei surdomuți care au beneficiat, la timpul potrivit, de o instruire și o educație bazate pe efort – **citire labială** – reprezintă cazurile de integrare deplină în societate.

Printre factorii determinanți ai labiolecturii, un loc important îl ocupă articulația.

Însușirea labiolecturii, cu utilizarea ei, este condiționată de articulație, în sensul de a avea o pronunție și voce inteligibile. Cunoașterea tehnicii vorbirii constituie cerința fundamentală a învățămîntului special.

Această necesitate, cu rol de somație, privește, deopotrivă, pe ambii parteneri ai unei convorbiri sau conversații orale în forma sonoră, ei trecînd, pe rînd, dintr-o poziție în alta, din aceea de emisie-transmitere în cea de recepție. De regulă, unul dintre ei este auzitor, deoarece surdomuții comunică, în cercul lor, prin limbajul mimicogesticular, pe care toți îl posedă și îl utilizează cu multă dexteritate. Nu li se poate pretinde și nici impune să folosească limbajul verbal sau un alt mijloc de comunicare între ei.

În situația cînd se leagă o relație de comunicare între un „surdomut demutizat" și o

persoană cu auzul nedegradat, dar neinițiată asupra modului de comportare în discuții cu deficienții auditiv și fără să posede cunoștințe legate de gesticulație, comunicarea nu poate avea loc.

Pentru ca o asemenea convorbire să se poată desfășura cu rezultate bune, validul (persoana cu auz normal) trebuie să respecte o serie de reguli-principii sau norme.

Obstacolele ce apar deficientului auditiv, în activitatea sa de identificare a vorbirii interlocutorului, prin citirea labilă, precum și a înțelegerii mesajelor, trebuie să fie prefigurate de vorbitor (auzitor), pentrů a putea veni în întîmpinarea handicapatului senzorial, ușurîndu-i efortul și înlesnindu-i izbînda.

Prezentăm, în continuare, regulile-norme, despre care am amintit mai înainte :

1. În primul rînd vorbitorul nedeficitar senzorial auditiv trebuie să se așeze în fața deficientului, avînd grijă să primească lumina din direcția convenabilă partenerului la convorbire, pentru ca acesta să-i poată vedea organele fonatoare în actul vorbirii, într-un mod cît mai limpede posibil.

2. Vorbitorul cu auz normal trebuie să-i vorbească celui demutizat drept în față. Din profil i se va putea adresa numai după o perioadă de exercitare a acestui mod de adresare.

3. Este necesar ca vorbitorul să se așeze la același nivel cu interlocutorul care se află în partea opusă, pentru ca pozițiile să le ofere posibilitatea de a se privi reciproc, în față. Se va evita situația de a sta unul în picioare,

iar celălalt în poziția așezat, deoarece constituie un impediment în calea descifrării vorbirii prin citirea labială.

4. Ritmul moderat al vorbirii contribuie, de asemenea, în mare măsură, la desfășurarea comunicării verbale în condiții optime. Ritmul rapid, depășind ritmul acțiunii de identificare, pe cale vizuală, a ideilor, după mișcările buzelor, este combătut. Cel lent sau foarte lent rupe coeziunea dintre cuvinte și înlănțuirea lor în propozițiile sau frazele supuse recepționării.

5. O exigență sporită trebuie să se aplice formulării gramaticale a propozițiilor. Propozițiile de tipul : „Place mere ? sau „Mama vine cînd ?" etc. nu sînt de natură să influențeze favorabil vorbirea deficienților auditivi.

Respectarea regulilor ortoepice ajută, de asemenea, la înțelegerea ideilor și facilitează citirea labială. Schimonosirea feței, în actul vorbirii, dăunează citirii labiale și distrage atenția deficientului de la interpretarea justă a informațiilor transmise. Mișcările organelor fonatoare trebuie să fie accentuate, dar nesilite. Mina, mișcările aparatului fonator să prezinte un aspect normal, agreabil, nu respingător.

6. Formularea propozițiilor și frazelor să nu îmbrace un stil pompos, pretențios, dîndu-le astfel un caracter bombastic. Propozițiile să fie simple, dar nu cu un conținut simplist. Avem în vedere inițial o simplitate stimulatoare pentru vorbire. Cuvintele să fie alese, pe cît e posibil, dintre cele cu circulație largă în vorbire (indicăm în acest sens „Fondul principal de cuvinte", de Al. Graur).

Selectarea cuvintelor să respecte accesibilitatea elevilor. Pe măsură ce capacitatea lor intelectuală se dezvoltă și cunoștințele de limbă sporesc, îmbogățim conținutul expresiilor cu cuvinte noi, pe care le comunicăm și, complicînd gradual stilul, avem grijă să nu ne scape din vedere acțiunea de verificare a înțelegerii ideilor.

7. Ceea ce trebuie să ne rețină atenția în comunicările, discuțiile sau conversațiile purtate cu ei, este stăruința noastră de a-i încuraja și stimula în vorbire, acordîndu-le **înțelegere,** nu compătimire, **dragoste,** nu milă.

8. În procesul de recepționare a vorbirii, prin citirea imaginilor fono-labio-faciale, pe cale vizuală, avem nobila îndatorire de a-i ajuta, repetînd cu răbdare cuvintele ; înlăturăm astfel obstacolele din calea identificării lor după mișcările buzelor.

9. Cînd ne adresăm handicapaților auditiv trebuie să facem tot ce este posibil pentru a ne face înțeleși. În acest scop ne sprijinim expunerea pe material concret : obiecte reale, imagini sau schițe, pe care le executăm, cu degetul sau cu un creion, pe un corp plan tare sau în aer. Nu ne lipsim nici de gesturi, bineînțeles de cele naturale.

Gesturile — cele obișnuite, așa-zise naturale — de regulă sînt nelipsite vorbitorului cu auz în exprimarea orală a ideilor. Sub formă schițată sînt folosite aproape în toate împrejurările. Pe aceste gesturi își bazează explicațiile oricare vorbitor, de ele se folosesc, în înțelegere, toți cei care recepționează vorbirea.

Dacă gesticulația prezintă, în lumea vorbitorilor cu auz normal, un rol de instrument accesoriu vorbirii, avînd deci caracter general, cu atît mai îndreptățită este utilizarea ei ca mijlocitor în procesul înțelegerii exprimărilor orale de către handicapații de auz, care recepționează vorbirea, citind-o labial, pe cale optică.

La făurirea acestui factor social-psihic, cu rol important în integrarea surzilor în societate, participă, alături de educatori (surdologi, cadre profesionale de toate specialitățile), părinții și membrii societății, atunci cînd ocaziile prilejuiesc asemenea întîlniri pline de activități diverse, printre care își fac loc, cu necesitate, și comunicările verbal-sonore.

Forța acestor factori — psihopedagogic și cel social-psihic —, odată făurită în flacăra dragostei față de om, devine uriașă în planul general al societății de integrare a membrilor în sînul ei.

Desigur, rezultatele raportate la nivelul atins în pregătirea elevilor deficienți auditivi par modeste. Analizate însă în procesul de confruntare a activității instructiv-educative cu structura anatomofiziologică a deficienței lor, realizările capătă dimensiuni spectaculoase, ca aceea a recepționării vorbirii orale a oricărui vorbitor, fără să o auzi, ci doar să o vezi. Potrivit acestor dimensiuni ale roadelor obținute, școlii speciale de surzi i se poate confer atestarea îndeplinirii dificilei sale misiuni.

C. MANOLACHE
prof. specialist în surdologie

El : — Dacă-mi dai numărul tău de telefon am să te sun.
Ea : — Îl găsești în cartea de telefon.
El : — Perfect ! Și care e numele tău ?
Ea : — Îl găsești tot acolo.

•

— Am auzit că unchiul tău i-a tras o palmă, acum două zile, lui Al Capone. Extraordinar bărbat ! Tare aș dori să-i string mîna !
— Și vrei să-l dezgropi doar pentru asta ?

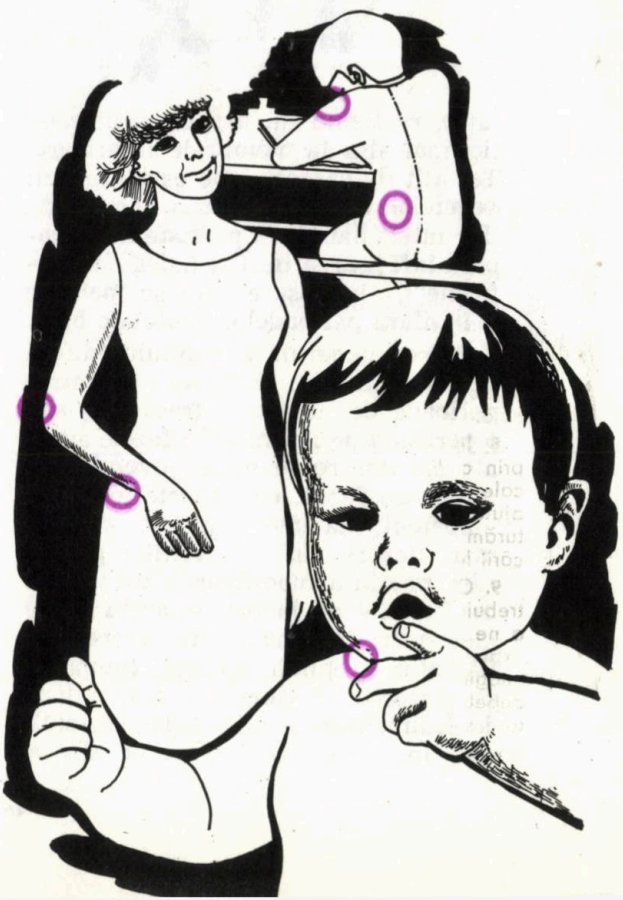
I.M.

REGIMUL DE VIAȚĂ ȘI MIȘCARE ÎN ARTRITA reumatoidă juvenilă

Artrita reumatoidă juvenilă reprezintă forma de reumatism cronic întîlnită la copil. Ea este o boală care poate apărea foarte devreme, uneori chiar înainte de 2 ani, dar, de regulă, la vîrsta de preșcolar sau școlar mic. Boala are o evoluție cronică, durează ani de zile și are perioade de ameliorare, care însă nu reprezintă vindecare, deoarece după un timp fenomenele dureroase articulare reapar. Astfel copilul este chinuit ani întregi de această suferință care, netratată, capătă un caracter invalidant.

Debutul artritei reumatoide juvenile se produce cu dureri în una sau mai multe articulații, însoțite sau nu de febră. De obicei începe cu prinderea unor articulații mici, ca spre exemplu articulațiile degetelor de la mîini sau de la picioare, urmînd apoi fenomene și din partea altor articulații. Se poate însă ca, de la început, să fie prinsă o articulație mare, ca spre exemplu un genunchi, o gleznă, un cot și să rămînă cu suferința localizată la această articulație (forma monoarticulară), sau să fie treptat prinse și alte articulații mari și mici. De regulă prinderile articulare sînt multiple și simetrice, deși pot exista și excepții de la acest mod de manifestare.

Fenomenele articulare în perioadele acute ale bolii (în recăderi) sînt deosebit de intense. Articulațiile prinse sînt mărite de volum (tumefiate), cu ștergerea reliefurilor articulare normale, cu pielea care le acoperă uneori ușor mai roșie, foarte dureroase spontan și la presiune. Din cauza durerilor, cît și a fenomenelor inflamatorii care au loc în articulații, mobilizarea lor în perioadele acute ale bolii nu este posibilă, bolnavul preferînd să țină membrele dureroase nemișcate ; uneori nu poate nici să meargă sau merge cu foarte mare dificultate. În perioadele de acalmie și de ameliorare, durerile articulare cedează, tumefacțiile diminuează parțial, dar articulațiile rămîn totuși modificate, fiind mai mari de volum decît cele normale. Mișcările devin posibile, ele rămînînd totuși limitate față de amplitudinea mișcărilor dintr-o articulație normală. Este de notat contrastul — deseori observat — între articulațiile tumefiate ale copilului și masele musculare diminuate (atrofiate) ale segmentelor învecinate (de cele mai multe ori datorită inactivi-



tăţii), realizînd un aspect caracteristic, mai ales la membrele inferioare. Tot atît de caracteristic este aspectul degetelor care, din cauza tumefacţiilor interfalangiene persistente, capătă înfăţişarea de fus („degete fusiforme"), înfăţişare care se menţine şi în afara perioadelor acute ale bolii.

Starea generală a copilului diferă şi ea, după cum boala se află într-o perioadă de acutizare (recădere) sau o perioadă de acalmie. În fazele acute ale artritei reumatoide juvenile copilul face febră, este foarte indispus, inapetent, stă imobil în pat, acuzînd mari dureri în articulaţiile prinse, care prezintă modificările menţionate. Probele de laborator arată şi ele modificări în sensul unui proces inflamator în plină evoluţie (numărul de leucocite în sînge crescut, viteza de sedimentare a hematiilor crescută etc.). În perioadele de acalmie, starea generală a copilului se ameliorează, febra scade, durerile articulare diminuează şi apoi dispar, rămînînd însă — după cum am mai arătat — modificările locale articulare şi, uneori, atrofia musculară.

Tratamentul diferă şi el după perioadele bolii. În recăderi, fenomenele acute intense obligă la internarea copilului în spital, unde va primi tratamentul stabilit de medic, cu substanţe antiinflamatorii (acid acetilsalicilic sau Paduden, sau Percluson, după cum este cazul); în caz de forme severe, tenace sau cu complicaţii, se administrează şi corticosteroizi (Prednison), însoţiţi de dieta şi medicaţia adjuvantă corespunzătoare.

Importantă pentru familie este perioada de remisiune (ameliorare) care urmează după ce copilul a părăsit spitalul. În această perioadă trebuie desfăşurate toate mijloacele pentru ca articulaţiile să-şi recapete, pe cît posibil, funcţionalitatea, musculatura să nu se atrofieze, să nu se producă anchiloze. În acest sens, există anumite indicaţii care trebuie respectate întocmai de către părinţii şi aparţinătorii copilului şi aceasta pe intervale de timp foarte lungi, deseori luni şi ani de zile. Iată ce este necesar să facă un copil cu artrită reumatoidă juvenilă în perioadele de acalmie şi de stabilitate a bolii:

1. Să evite şederea îndelungată în pat. De îndată ce fenomenele dureroase articulare permit mobilizarea micului bolnav, acesta, chiar din spital, trebuie să reia mersul şi micile activităţi fizice pe care le poate desfăşura. Dacă este vorba de prinderea unei singure articulaţii, această activitate este cu atît mai uşor de realizat. Dificultăţile vor fi, desigur, în cazul formelor poliarticulare, cînd copilul a fost complet imobilizat la pat.

2. Să desfăşoare activităţi fizice care să antreneze participarea articulaţiilor interesate, progresiv şi zilnic. Astfel, pentru articulaţiile dege-

telor de la mîini se recomandă să frămînte şi să modeleze plastilină. Pentru articulaţiile membrelor inferioare, în special genunchi, să meargă pe tricicletă şi să facă mici plimbări.

3. Gimnastica medicală este călduros recomandată şi ea se va efectua zilnic, după programul alcătuit de un specialist în cultură fizică medicală. Gimnastica va avea un caracter progresiv, pentru a nu obosi şi a nu dezgusta de această activitate pe micul bolnav. Este de menţionat efectul binefăcător al gimnasticii medicale pentru combaterea atrofiilor musculare. De menţionat însă că gimnastica de performanţă, precum şi pregătirea sportivă de performanţă nu sînt indicate.

4. Evitarea frigului şi a umezelii este o condiţie prin care copilul este oarecum mai puţin expus recăderilor de boală. Toată activitatea sa se va desfăşura în locuri uscate şi cu temperatură convenabilă.

5. Pentru recuperarea funcţională a articulaţiilor la care au început să apară anchiloze se recomandă ca mobilizarea articulară să se facă în baie caldă, prin mişcări pasive imprimate membrelor anchilozate. De la o şedinţă la alta, aceste mişcări trebuie să cîştige în amplitudine. Este evident că toate aceste îngrijiri şi mijloace de recuperare presupun multă răbdare şi devotament din partea aparţinătorilor bolnavului, cu atît mai mult cu cît rezultatele nu apar decît după un timp îndelungat şi treptat. Ele sînt însă necesare pentru a evita existenţa unui adolescent infirm sau handicapat fizic în viitor.

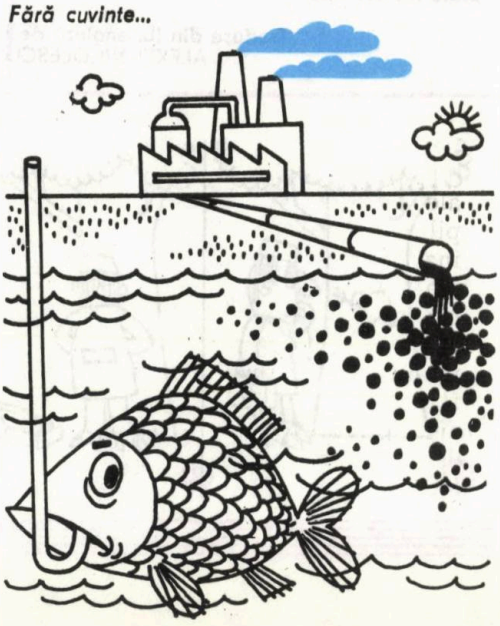
6. Activitatea şcolară poate fi desfăşurată cu un program cvasinormal în perioadele de acalmie. Copilul va fi totuşi scutit de programul de educaţie fizică şi sport îndeplinit de colegii lui (el face gimnastică medicală, să nu uităm !). Va fi scutit de şedere îndelungată în picioare, mai ales în frig sau în umezeală, va fi scutit de marşuri (el face doar plimbări !), de munci fizice grele, de cor şi de dansuri.

7. Curele balneare şi de fizioterapie sînt de un real folos în perioadele cît bolnavul nu are fenomene inflamatorii acute. În ţara noastră, numeroase staţiuni şi amenajări balneare sînt la dispoziţia bolnavilor suferinzi de reumatism cronic. Pentru copii, totuşi, fiind necesare anumite condiţii, ei pot fi îngrijiţi numai în unele unităţi, prevăzute în acest scop şi unde internarea se face pe baza trimiterii de la unităţile sanitare judeţene. Tratament ambulatoriu poate fi însă făcut în unităţile şi staţiunile dotate în acest sens : Băile Felix, Amara, Eforie Nord, Techirghiol etc. Procedurile necesare şi durata şedinţelor vor fi indicate de către medicul de specialitate din staţiune.

În concluzie, subliniem că tratamentul prin mişcare şi mijloace fizice ale copilului cu artrită reumatoidă juvenilă este tot atît de important ca şi cel medicamentos şi, poate, mai mult decît acesta, deoarece prin el se evită efectul invalidant al bolii. Condiţiile succesului sînt răbdarea, perseverenţa şi devotamentul pe durată lungă, deci în alianţă cu timpul.

DR. MIHĂILESCU VLADIMIR
Clinica de pediatrie „Fundeni"

Fără cuvinte...



DESEN DE NIC. NICOLAESCU

GLUME

MEDICI ŞI PACIENŢI

Un medic tînăr, către colegul său mai în vîrstă :

– Stimate coleg, de ce întrebaţi totdeauna pacienţii dv. ce mănîncă la prînz ?

Medicul în vîrstă :

– Aceasta este cea mai importantă întrebare, deoarece eu întocmesc nota mea de plată în funcţie de meniul lor.

Ea : – Am consultat azi pe medicul nostru în legătură cu pierderea memoriei mele!

El : – Şi ce ţi-a spus ?

Ea : – M-a obligat să-i plătesc consultaţia înainte !

Mama : – Dar, domnule doctor, nu vă daţi seama că aţi cerut o sumă exagerată pentru asistenţa lui Jimmy cît a fost bolnav de pojar ?

Medicul : – Stimată doamnă, ţin să vă amintesc că în această sumă sînt incluse douăzeci şi două de vizite la domiciliu !

Mama : – Bine, dar dv. aţi uitat că băiatul meu a infectat întreaga şcoală ?

Medicul : – Eu nu pot să vă ajut cu nimic. În cazul dv. boala este ereditară !

Pacientul : – Atunci trimiteţi nota dv. de plată tatălui meu.

Traduse din lb. engleză de :
ALEXEI NICOLESCU

Muşcat de un cîine, un bărbat prezintă, în zilele următoare, simptome îngrijorătoare, motiv pentru care se duce la medic.

— Ai un început de turbare, — îi spune medicul.

Alarmat, pacientul ia o bucată de hîrtie şi începe să scrie cu repeziciune.

— Nu te speria ! — îl linişteşte medicul. — Cazul dumitale este vindecabil, aşa că nu este nevoie să-ţi faci testamentul !

— Nu-i vorba de testament, — răspunde pacientul. — Întocmesc lista celor pe care trebuie să-i muşc înainte de a mă trata.

•

— Soţul meu este atît de absorbit de munca sa, încît nu mai poate renunţa nici o clipă.

— Cum asta ? !

— Pînă şi în concediu îşi ia secretara cu el.

•

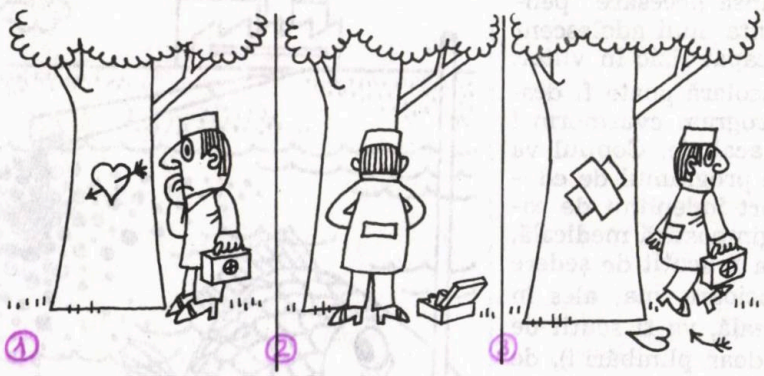
— Şi soţia nu are nimic împotriva pasiunilor dv. ?

— Cîţuşi de puţin !

— Şi în ce constau aceste pasiuni ?

— Spălatul rufelor, al vaselor... curăţenie.

Culese de : I. MURGAN



Fără cuvinte...

DESEN
DE NIC. NICOLAESCU

eşecul şcolar

nu este o fatalitate, dar nici un simplu accident

PROF. DR. **Gh. TĂNĂSESCU**
Institutul de igienă şi sănătate publică,
Bucureşti

Eşecul şcolar – fenomen care în termeni de economie a învăţământului se exprimă ca „pierderi şcolare" – a devenit în ultimele decenii obiect de preocupare ştiinţifică multidisciplinară. Pedagogi, psihologi, sociologi, igienişti şi medici pediatri studiază în toate ţările dezvoltate cauzele insuccesului şcolar şi caută mijloacele de prevenire sau de combatere a acestuia.

Eşecul şcolar a fost în primele 5 decenii ale acestui secol considerat ca rezultat determinat unicauzal de întîrzieri în dezvoltarea psihointelectuală. Această idee dominantă se sprijină pe cercetările iniţiate în acest domeniu de Binet şi Simon, autori ai unor prime instrumente de apreciere a inteligenţei copiilor.

După anul 1950, această concepţie a fost considerată ca insuficientă pentru clarificarea cauzelor dezadaptării şcolare.

Cercetări întreprinse în Franţa, Anglia şi S.U.A. au evidenţiat participarea şi a altor factori psihologici la determinarea insuccesului şcolar, şi anume : echilibrul emoţional, nivelul şi calitatea motivaţională şi trăsăturile de personalitate. Multe din aceste cercetări au păcătuit datorită absolutizării etiologiei unicauzale a eşecului şcolar.

Dezvoltarea cercetărilor de sociologie a învăţămîntului şi educaţiei de la jumătatea acestui secol a permis reliefarea legăturilor dintre insuccesul şcolar şi condiţiile social-economice nefavorabile în familiile copiilor. Explicarea acestor relaţii apela însă la teza determinării atît a inadaptării şcolare, cît şi a insuccesului social de către o cauză unică : o inteligenţă deficitară a părinţilor moştenită şi de copiii acestora.

Cercetările noastre recente, urmînd longitudinal evoluţia şcolară a unor contingente succesive de elevi, ne permit să susţinem că eşecul şcolar are o etiologie multifactorială şi că foarte rareori putem incrimina o singură cauză pentru dezadaptarea şcolară.

Pe baza acestor cercetări am putut concluziona că evoluţia şcolară a copiilor este influenţată în mod hotărîtor de condiţiile care definesc mediul în care cresc şi se dezvoltă aceştia, şi anume : nivelul de instruire şcolară al părinţilor, venitul familial, competenţa educaţională şi stilul relaţiilor dintre părinţi şi copii, condiţiile de locuit ale familiei. La o analiză a mecanismelor puse în acţiune de aceşti factori a rezultat că insuccesul şcolar este strîns şi direct influenţat de următorii factori, derivînd din cei enumeraţi mai sus şi, în primul rînd, atitudinea părinţilor cu privire la reuşita şcolară, în general, şi reacţia lor la eşecul şcolar al copiilor.

Rezultatele slabe la învăţătură se notează cu mare probabilitate ştiinţifică la copiii ai căror părinţi manifestă un dezinteres pronunţat faţă de activitatea şcolară a copiilor lor şi care nu pun preţ pe reuşita şcolară a acestora, iar cînd se constată dezadaptarea

şcolară, fenomenul este ignorat sau considerat fără importanţă. Aceşti părinţi fie că au avut ei înşişi o şcolaritate modestă şi lipsită de satisfacţii, fie că subestimează pregătirea şcolară ca premisă pentru reuşita socială a copiilor lor. În această situaţie copilul este lipsit de cel mai puternic element de motivaţie pentru o activitate care solicită efort, dar care nu preţuieşte nimic pentru părinţi. Acesta este un prim factor.

Al 2-lea factor derivat prezent în etiologia eşecului şcolar, în primele clase, este nivelul de instruire şcolară al ambilor părinţi şi, mai cu seamă, al mamei. Este limpede că gradul de şcolarizare al părinţilor oferă posibilităţi de îndrumare competentă şi mai ales răbdătoare copilului care se confruntă cu dificultăţile învăţării. Dar pregătirea şcolară determină statusul profesional al părinţilor şi, legat de acesta, venitul familiei, factorul care permite reliefarea condiţiilor de trai necesare. Dacă statistic nivelul de instruire al părinţilor corelează pozitiv cu randamentul şcolar al copiilor, cazuistic am putut observa şi excepţii de la regula statistică : familii în care ambii soţi au pregătire şcolară superioară, dar neînţelegerile dintre ei sau lipsa de atenţie faţă de activitatea copilului condiţionează eşecul şcolar, sau părinţi care au şcoala generală neterminată, dar care investesc în pregătirea şcolară a copiilor multă dăruire.

Al 3-lea factor din reţeaua multifactorială a etiologiei eşecului şcolar este constituit de ansamblul relaţiilor de viaţă interparentale şi stilul educaţional din familie.

Familia destrămată, relaţiile conflictuale şi educaţia excesiv de aspră sau excesiv de blîndă acţionează asupra randamentului şcolar al copilului. Efectele nefericite sînt vizibile chiar dacă elevul este scos din mediul familial şi îngrijit în internate sau case de copii.

Am individualizat şi un al 4-lea factor care stă în legătură cu insuccesul şcolar, şi anume regimul dezorganizat, nesupravegheat, de viaţă şi de îngrijire a copiilor în familie.

Toate aceste condiţii acţionează ca factori de dezadaptare şcolară fie *direct*, alternînd activitatea de învăţare a copilului, fie *mediat*, prin determinarea unor deficienţe sesizabile la examinarea medicală şi psihologică a copiilor.

Noi am constatat că nivelul dezvoltării corporale (înălţime, greutate, perimetrul cranian) la copiii cu dificultăţi şcolare este mai redus decît la cei cu randament şcolar bun şi foarte bun.

Frecvenţa îmbolnăvirilor înregistrate este mai mare în rîndul elevilor cu eşec şcolar. Adesea văzul şi auzul acestor copii prezintă deficienţe nedepistate.

Din punct de vedere psihologic, nivelul de dezvoltare al cunoştinţelor generale, al capacităţii de a opera cu concepte, zestrea vocabularului activ şi pasiv şi posibilităţile de comunicare verbală ascultînd de forme gramaticale corecte, toate sînt mai reduse în grupul copiilor cu eşec şcolar.

Însuşi comportamentul cognitiv al acestor copii este alterat, în special datorită capacităţii reduse de concentrare a atenţiei şi a lipsei de stabilitate în susţinerea efortului la rezolvarea sarcinilor impuse de procesul de învăţare, ceea ce îngreuiază fixarea mnemonică (prin memorie) şi însuşi acest proces de asimilare de cunoştinţe şi elaborare de comportamente noi.

Fără a se putea nega unele cauze genetice, precum şi posibilitatea ca aceste fenomene să fie efectul unor atingeri discrete ale sistemului nervos, sîntem convinşi că deficienţele menţionate pot fi cauzate de factorii exogeni menţionaţi, care acţionează negativ asupra dezvoltării somatice şi neuropsihice a copiilor.

În cercetările noastre am observat o impresionantă legătură lineară între nivelul dezvoltării funcţiilor de cunoaştere şi instruirea şcolară a părinţilor, între venitul şi condiţiile de locuit ale familiei, între greşelile educaţionale şi relaţiile conflictuale dintre părinţi, ca şi dintre aceştia şi copii, care influenţează extrem de negativ procesele de învăţare şi, prin aceasta, adaptarea şcolară.

Se înţelege că şcolarul expus acestor factori de risc se află în inferioritate faţă de colegii lui cu rezultate şcolare mai bune, atît în ceea ce priveşte efortul şcolar pe care trebuie să-l facă, cît şi mai ales în ceea ce priveşte satisfacţia depăşirii unor dificultăţi inerente activităţii şcolare.

Aceste greutăţi apar în special în legătură cu învăţarea cititului, a scrisului şi a socotitului.

Specialiştii apreciază că la vîrsta de 6–7 ani copiii dispun de dezvoltarea sistemelor funcţionale senzoriale, motorii şi neuropsihice, care le permite învăţarea scrisului şi a cititului.

O proporţie redusă de copii pot învăţa cititul începînd de la vîrsta de 4 ani.

Totuşi, în clasele obişnuite – de 6–7 ani – circa 15–18% din şcolari au greutăţi la scris şi citit.

Noi credem că în unele cazuri (6–8%) aceste fenomene pot să aibă drept cauze deficienţe de auz, de văz şi motorii, care interesează mai ales funcţiile de integrare a datelor vizuale cu cele auditive, pentru lectură, şi a acestora cu cele kinestezice, pentru scris.

Dar cele mai multe dificultăţi în acest domeniu întîlnesc copiii care au un limbaj vorbit rudimentar şi care nu sînt în stare să diferenţieze auditiv fonemele, nu dispun de auzul fonematic necesar, ei percepînd imaginea globală auditivă a cuvîntului, sau, cîte o dată, chiar a unor fragmente de frază, fără individualizarea parţial elementară, a comunicării verbale. Pentru aceşti copii ex-

presia „Bunica a venit la noi" se scrie „Bunicaavenit lanoi". Ei provin, de regulă, dintr-un mediu familial cu nivel cultural redus. Încă din perioada anteşcolară trebuie dezvoltat auzul fonematic prin vorbirea corectă din punct de vedere morfologic şi sintactic.

Învăţarea scrisului este dificilă pentru copiii care nu stăpînesc gestul grafic, controlat sinergic vizual-kinestezic, pentru cei care percep ambiguu orientarea în spaţiu a semnelor grafice, cu detalii în axul sus-jos, dreapta-stînga ; aceste dificultăţi reflectă uneori întîrzieri în maturizarea funcţională a sistemului nervos, dar în cele mai multe cazuri sînt determinate de o preocupare redusă pentru pregătirea anteşcolară a copilului. Toate activităţile preşcolarului cu obiectele din jur îl pregătesc pentru depăşirea acestor dificultăţi. Greutăţile în formarea conceptului de număr au uneori la bază lipsa de stimulare culturală a copilului în etapele premergătoare şcolii.

Este necesar să subliniem că orice eşec şcolar generează o reacţie psihică, un sindrom caracterizat prin dezinteresul, dezgustul şi teama de activitatea şcolară, modificări ale comportamentului şcolar (absentări) şi social (izolare sau agresivitate), manifestări nevrotice variate.

Instalat de obicei în primele clase, eşecul şcolar poate să dureze ani de zile, marcînd uneori întreaga evoluţie şcolară a elevilor.

Ameliorarea randamentului şcolar poate să se obţină, dar numai prin eforturi convergente – medicale, psihologice, pedagogice, defectologice şi, uneori, prin intervenţii de ordin social –, cînd factorii sociopatici intră în etiologia dezadaptării şcolare.

Ţinînd seama de importanţa deosebită pe care o prezintă fenomenul de „eşec şcolar", se impune cu necesitate ca profilaxia acestuia să înceapă încă din perioadele anterioare intrării în şcoală.

pubertatea şi adolescenţa

Două etape din viaţă — pubertatea şi adolescenţa — sînt deosebit de interesante prin manifestările şi „problemele" lor. Sînt etape în care survin multe schimbări — transformări fizice, psihice, endocrine — care au o puternică influenţă asupra fiinţei umane.

I. Pubertatea

Este etapa din viaţă care corespunde cu *instalarea caracterelor sexuale*. La *fete*, la 9—10 ani, bazinul osos (şoldurile) se lăţeşte, fesele devin mai rotunde. De la 10—11 ani şi pînă la 14—15 ani apar succesiv : mărirea treptată a sînilor, peri pubieni, apoi axilari, prima menstruaţie, posibilitatea „primei sarcini" (la 14—15 ani). La *băieţi*, între 11—12 ani şi 15—16 ani se observă, succesiv : uşoară mărire a organelor genitale, apariţia perilor pubieni, apoi creşterea rapidă şi puternică a organelor genitale, apariţia perilor axilari, schimbarea vocii, peri deasupra buzei superioare şi în barbie.

Dar această perioadă nu se reduce numai la dezvoltarea sexuală. Datorită dezvoltării activităţii creierului, învăţăturii, relaţiilor sociale şi influenţei educative a familiei şi şcolii, la această vîrstă se constată o puternică dezvoltare a capacităţii intelectuale, o accentuată labilitate neuropsihică, intensă activitate fizică, posibilităţi crescute de activitate şi creaţie.

Pubertatea corespunde unui *proces de dezvoltare generală — fizică, psihică, intelectuală şi morală — cu importante transformări ale organismului, gîndirii, afectivităţii şi comportamentului*. În această etapă începe să se contureze *personalitatea* viitorului adult. La această vîrstă fata şi băiatul nu mai sînt copii, dar nu sînt nici adolescenţi. Este mai co-

rect ca această perioadă să fie denumită *preadolescență*, perioadă care precede adolescența.

Începutul, evoluția și durata preadolescenței sînt condiționate de maturizarea sistemului nervos și de activitatea unor glande cu secreție internă și influențate de starea de sănătate, alimentație, condiții climatice și economico-sociale, de regimul de odihnă și activitate, sport, precum și de o „trăsătură familială" (factori genetici).

Caracteristică acestei perioade este *creșterea staturală accentuată*, 8—10 cm/an, și cea *ponderală*. Fetele cresc în lungime și în greutate mai devreme decît băieții de aceeași vîrstă. Creșterea în înălțime nu evoluează în paralel cu creșterea în greutate, care rămîne în urmă : copilul apare slab (se „deșiră"). Ei nu cresc după o „schemă fixă" sau „șablon" : există numeroase deosebiri individuale. Membrele inferioare și superioare se alungesc mult, ceea ce face ca preadolescentul să manifeste oarecare „stîngăcie", chiar imprecizie, în mișcări, care în perioada anterioară erau perfect coordonate, cum ar fi la mers sau în coordonarea mișcărilor de echilibru. Oasele se alungesc mult și se pot deforma cu ușurință : apar deformări ale coloanei vertebrale la elevul care are poziție permanent necorespunzătoare cînd scrie sau citește ; apar deformări ale scheletului la eforturi repetate, prelungite, de ridicare a greutăților, cum ar fi la purtarea unui ghiozdan mare, supraîncărcat, pe același umăr sau pe spate. Mușchii sînt, de asemenea, în creștere intensă ; căpătînd multă forță, permit învățarea și practicarea sporturilor și a unor îndeletniciri practice. *Inima* poate suferi mult la excese sportive sau la activități intense, de aceea jocurile, eforturile fizice, mai ales sporturile, trebuie să fie îndrumate și controlate de părinți, educatori și medic.

Acum apare *tendința spre libertate și independență, autoconducere și autoeducație*. Puberul dorește și încearcă să rezolve cu puteri proprii diversele probleme de învățătură și de viață. Limitarea brutală de către părinți sau educatori poate avea consecințe tot atît de rele, ca și eliberarea totală de sub controlul lor. Băiatul și fata, „timizi anxioși", au nevoie să fie sprijiniți și îndrumați cu mult tact și înțelegere de către părinți și educatori, deveniți „prietenul" mai mare cu care se sfătuiesc și se înțeleg.

Pe măsură ce înaintează în vîrstă, puberul începe să iasă din „vîrsta autorității" : el nu se mai supune necondiționat ordinelor părinților. Aceștia trebuie să renunțe treptat la „ordinele autoritare" cînd vor să obțină „ceva" de la puber și să ia față de el atitudine și comportare de „prieten", care să îl convingă prin sfaturi și argumente și să înceapă să-l trateze ca pe un „om mare", cu care colaborează și se sfătuiește. *Tendința crescută spre independență*, spre rezolvarea cu puteri proprii a diverselor probleme de învățătură și de viață *nu trebuie înăbușită*, ci „canalizată", ea constituind un semn al cristalizării personalității lui.

Preadolescentul manifestă o adevărată *„sete de cunoaștere"* : îl interesează foarte mult cauzele fenomenelor, probleme de tehnică, literatură ; îi place să fie „tehnician", „inventator". Curiozitatea este extrem de vie : orice se întîmplă în jurul lui îi solicită interesul. El manifestă un interes deosebit — cîteodată exagerat — pentru *lectură*. Este bine ca părinții să controleze — discret — cărțile pe care le citește, pentru a constata dacă sînt corespunzătoare vîrstei lui și cerințelor educației.

Unii preadolescenți își pun problema *alegerii unei profesiuni*. Dar este precoce! Aptitudinile lor nu s-au dezvăluit cu toată claritatea și certitudinea, iar subiectivismul are un rol important în autoaprecierea posibilităților și aptitudinilor proprii. Dar părinții și educatorii, care pot aprecia cu suficientă obiectivitate aptitudinile preadolescentului, îl pot ajuta eficient să-și descopere el însuși vocația și să se autoeduce în vederea îmbrățișării unei profesiuni, potrivit vocației și aptitudinilor sale.

Vîrsta preadolescenței corespunde cu începutul unei *bogate și intense vieți afective*, a unor sentimente de prietenie și dragoste. Dacă *prietenia dintre adolescenți de același sex* nu stîrnește îndoieli cu privire la conținutul nou, principial, al acestui sentiment, *unii părinți văd greșit în sentimentul de prietenie dintre băieți și fete* o manifestare a instinctului sexual care începe să se maturizeze — deși în realitate este o prietenie bazată pe recunoașterea, aprecierea și cultivarea însușirilor morale psihice și intelectuale ale partenerilor.

Preadolescentul este susceptibil la unele îmbolnăviri. Anemia nutrițională, cariile dentare, reumatismul sînt relativ frecvente. La fel și defectele de vedere — vicii de refracție, care cauzează dureri de cap ce apar aproape zilnic, după orele de școală, și dispar după somnul de noapte — care necesită port de ochelari.

Pot surveni tulburări ale glandei tiroide (mărire, hipotiroidie, hipertiroidie) cu simptome caracteristice.

Preadolescentul se manifestă adeseori prea „viu", uneori „nereținut" : are „descărcări" de supărare, de mînie, de scurtă durată, alteori atitudini sau acțiuni ne-

corespunzătoare, supărătoare. Educația, înaintarea în vîrstă vor dezvolta stăpînirea de sine. În timpul eforturilor prelungite se poate instala o stare de „oboseală nervoasă" sau de iritabilitate crescută. Reglementarea activității și organizarea odihnei sînt necesare pentru prevenirea și eliminarea lor.

Transformările caracteristice preadolescenței impun organizarea unui *program de viață* — de activitate (studiu, lectură, muncă în familie) și repaus, educație fizică, sport și petrecere a timpului liber — îndeaproape supravegheat, pentru a se evita apariția unor tulburări fizice, psihice și de comportament.

Unele „probleme" ale pubertății

La pubertate pot să apară unele manifestări sau simptome care constituie pentru părinți tot atîtea „probleme". Astfel :

— *mărirea sînilor* la fete înainte de 9—10 ani ; *ginecomastia* la băieți, care este totdeauna patologică :

— *apariția precoce a perilor pubieni ;*

— *pubertatea precoce, pubertatea tardivă,* întîrziată ;

— *tulburări ale menstrelor* (absență, foarte dureroase, durată prelungită) ;

— *tulburări neurovegetative,* ca : *cefalee, dermatografism* (pete roșii pe piele ce apar cu ocazia emoțiilor) ; *vasoneurozâ ortostatică* cu *lipotimie* (amețeli și senzație de cădere la sculare din pat), *uneori și vărsături ; acrocianoză* (mîini și picioare vinete, reci) ; *eritrocitoza gambelor,* care sînt de culoare roșie-albăstruie, „pătate", umflate în 1/3 inferioară ; *hipertensiune arterială* neînsoțită de alte simptome ;

— *dureri osoase de creștere,* în membrele inferioare ;

— *obezitate ;*

— *caşexie* — slăbiciune extremă — refuz de a mînca.

Toate aceste manifestări impun consultația medicului.

Vicii sau perversiuni sexuale nu apar la preadolescenții normali. Dacă apar totuși tulburări de comportament sexual (onanie, masturbație), ele sînt datorite insuficientei maturări psihice ; indicația psihiatrului este necesară.

Tulburări psihointelectuale. La pubertate, paralel cu modificările somatice (fizice) au loc și modificări psihice. Maturarea creierului permite dezvoltarea puternică a activității cerebrale, a memoriei, gîndirii, raționamentului ; apare simțul critic. Deși gîndirea este vie, suplă, nu este suficient de adîncă. Adeseori puberul nu dă dovadă de suficientă stabilitate psihică, de perseverență în rezolvarea problemelor ce i se pun, ci de superficialitate, de grabă.

Înaintarea în vîrstă și educația înlătură aceste deficiențe.

Unii școlari la pubertate dau impresia *unei scăderi a capacității de memorizare.* În realitate puterea de memorizare nu a scăzut, chiar a crescut foarte mult, datorită dezvoltării calitative a scoarței cerebrale. S-a schimbat însă „modalitatea de memorizare", „modalitatea de a învăța" : elevul nu mai învață lecția „pe dinafară", ci prin „înțelegerea" textului și în mod logic. Obligația de a „buchisi", de a învăța lecțiile „pe dinafară" îl obosește și, dacă se permanentizează, se poate ca surmenajul să determine o reală scădere a capacității de memorizare. Dealtfel surmenajul — efort intelectual la care sînt obligați uneori elevii — asociat cu efortul fizic, cu insuficiența somnului, uneori și a alimentației, sau alimentația nerațională, carențată, deseori și cu mediul familial, neînțelegător sau necorespunzător (certuri în familie, familie dezorganizată ș.a.), constituie cauze reale ale scăderii capacității intelectuale de memorizare, creînd *dificultăți școlare,* uneori importante. Alteori o reală scădere a memoriei este consecința unei hipotiroidii (coexistă : stare de oboseală, de apatie, chiar somnolență, instabilitatea atenției), care trebuie tratată medicamentos.

O însemnătate deosebită pentru activitatea intelectuală o are și existența unor condiții corespunzătoare, activitatea intelectuală necesitînd un efort deosebit de „concentrare", care nu este posibil decît dacă în timpul preparării lecțiilor există „liniște", adică dacă din jurul elevului lipsesc zgomotele, țipetele, discuțiile, care distrag atenția și micșorează capacitatea de concentrare. Atmosfera „grea" din familie, tensiunea nervoasă, certurile, îmbolnăvirile au de asemenea consecințe negative asupra capacității de învățare.

Atenția — proces psihic care depinde de foarte mulți factori — *poate să fie tulburată* de funcționarea deficitară a unor glande cu secreție internă, de unele îmbolnăviri ale organismului, de starea afectivă deficitară (tensiune în familie, conflicte cu părinții și colegii, jigniri, insuccese) sau de starea de oboseală, primele semne ale oboselii fiind slăbirea atenției și a capacității de concentrare.

Modificări ale caracterului, afectivității și comportamentului nu sînt excepționale la preadolescenți. Băieții devin „turbulenți", „aroganți" ; în fond, ei sînt deosebit de sensibili, dar caută să camufleze această sensibilitate excesivă. Fetele sînt deosebit de orgolioase și sensibile, une-

ori fiind de o afectivitate și sensibilitate aproape bolnăvicioasă. Atît băieții, cît și fetele sînt în fond „timizi" care doresc, dar (de obicei) nu reușesc să-și afirme personalitatea, de aici impresia lor că „nu sînt înțeleși", de unde tendința unora de a se izola de familie, de a se „interioriza".

Puberul „neînțeles" își caută adesea refugiul în afara familiei, în prietenii cu copii, de obicei mai mari, în asocierea la o „bandă" care se poate deda la acte antisociale (acte de huliganism, furt etc.).

Pot să apară și unele *tulburări psihice*. Astfel, afectivitatea poate să fie extrem de exagerată, sau, din contră, extrem de redusă. Emotivitatea exagerată poate să ducă la încercarea de sinucidere (de teama unor pedepse) prin senzația de culpabilitate sau prin exces de scrupulozitate.

Toate aceste modificări alcătuiesc așanumita *criză psihologică pubertară*. Aceste tulburări nu sînt psihopatii sau boli mintale, sînt trecătoare, dispărînd mai tîrziu, pînă la vîrsta de adult.

Dirijarea preadolescentului către o „existență cu scop bine definit", care să-i trezească entuziasmul pentru viitorul apropiat și îndepărtat, constituie cea mai bună metodă de tratament în această perioadă în care se pun bazele „trăsăturilor de caracter" și începe să se contureze personalitatea omului.

Dacă puberul prezintă semne de *boală mintală* aceasta este de cele mai multe ori ereditară, dar cu primele manifestări în această perioadă.

Este însă indiscutabil că la pubertate crește și predispoziția pentru unele boli neuropsihice, ca schizofrenia și epilepsia.

II. Adolescența

După instalarea pubertății, creșterea în înălțime devine din ce în ce mai lentă; se dezvoltă însă țesutul grăsos subcutanat și musculatura (în funcție și de activitatea sportivă), toate organele și sistemele (nervos, circulator etc.) se desăvîrșesc paralel cu maturizarea sexuală (posibilitatea de a procrea).

Adolescentul trece treptat spre perioada de adult, care începe odată cu oprirea creșterii staturale (18—19 ani la fete, 21—23 de ani la băieți).

În această perioadă de adolescență *se desăvîrșește dezvoltarea neuropsihică. Gîndirea* se perfecționează, ajungînd aproape la nivelul adultului. El nu devine mai inteligent decît înainte, dar își folosește *inteligența* într-un mod mai personal și în interes propriu. Dacă pînă acum i se spunea ce este „bine" și ce este „rău", acum „stabilește el" aceste diferențe și acceptă numai ceea ce „el hotărăște". *Imaginația* se dezvoltă rapid și ocupă un loc important în viața adolescentului, ceea ce se observă în „visările" care se referă la persoana lui, la viitorul lui. Este preocupat de profesia pe care o va îmbrățișa și visează la succesele pe care le va avea. *Alegerea profesiunii*, care începuse să constituie o preocupare încă din preadolescență, devine acum o problemă. Părinții și educatorii îl pot ajuta să-și descopere „vocația" și să se hotărască pentru alegerea unei profesiuni potrivit „vocației" și aptitudinilor sale. *Voința* adolescentului este capabilă de eforturi susținute pentru realizarea obiectivelor propuse. Crește *spiritul de independență*, care se manifestă și în comportarea lui, și în legăturile de prietenie. El se asociază cu alții de aceeași vîrstă, desfășurînd anumite activități de interes comun (vizionări de filme, excursii ș.a.), dar aceste „prietenii" trebuie totuși supravegheate, pentru a nu se comite acte antisociale. Dealtfel adolescentul dispune de o mare stăpînire de sine, fiind capabil să-și frîneze toate acele manifestări care nu concordă cu exigențele de conviețuire socială.

Preadolescentul era „ocrotit" de părinți și educatori, care îi deschideau calea. Acum, ca adolescent, simte că poate păși alături de adulții cărora le fusese „subordonat". *Viața afectivă* capătă noi orizon-

turi, noi dimensiuni. *Sentimentul prieteniei* selective şi *al dragostei* se dezvoltă puternic. Adolescenţa este faza „primelor iubiri" : relaţii de adîncă simpatie — care pot merge pînă la pasiuni profunde — se stabilesc acum între tineri de sex opus. Intervenţia părinţilor, efectuată cu multă înţelegere şi discreţie, este necesară cînd relaţiile dintre fată şi băiat, sub influenţa unor exemple rele, încep să ia forme negative, necorespunzătoare. *Vicii şi perversiuni sexuale* se pot întîlni la unii adolescenţi : ele trebuie combătute cu discreţie şi mult tact, dar cu toată hotărîrea. Greutatea de a interveni în „viaţa" adolescentului provine şi din *sensibilitatea* lui deosebită, din *sensibilitatea* lui exagerată faţă de observaţii şi aprecieri din partea adulţilor, aşa încît uneori adolescentul „se închide în sine" : devine necomunicativ şi puţin influenţabil la îndrumările părinţilor şi educatorilor. Pentru a depăşi unele „situaţii critice" este nevoie de multă răbdare, tact, discreţie şi dragoste din partea părinţilor şi educatorilor, pentru ca adolescentul să simtă „ataşamentul" lor şi dorinţa de a-l ajuta.

Perioada adolescenţei este foarte puţin afectată sau nu este deloc afectată de bolile şi suferinţele organice caracteristice preadolescenţei.

La sfîrşitul adolescenţei s-a atins deplina maturizare organică şi psihică, astfel încît *tînărul* este capabil să păşească liber, de-sine-stătător, ca membru al societăţii în care trăieşte şi munceşte.

CONF. DR. DOC. **V. PETRESCU-COMAN**

EŞECURILE LA ÎNVĂŢĂTURĂ

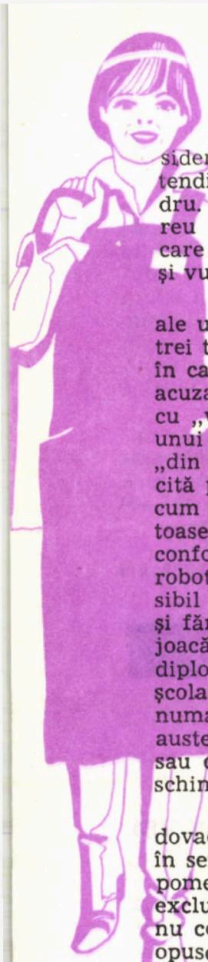
şi starea de sănătate

DR. **OCTAVIAN IENIŞTEA**
medic primar neurolog
Spitalul pentru studenţi

În acest articol ne-am propus să atragem atenţia celor interesaţi — şi în primul rînd părinţilor — asupra unui aspect adesea trecut cu vederea, şi anume relaţia de reciprocitate ce există între rezultatele la învăţătură şi starea de sănătate a celui care învaţă. Deşi ne vom referi la elev şi student, concluziile sînt aplicabile şi celor maturi, antrenaţi în diferitele forme ale învăţămîntului de perfecţionare, reciclare etc.

Experienţa pe care am acumulat-o de-a lungul a peste două decenii de activitate în domeniul ocrotirii sănătăţii tineretului universitar mi-a permis să constat persistenţa unor mentalităţi greşite, care ies la lumină îndeosebi atunci cînd un tînăr înregistrează o scădere importantă a performanţelor sale şcolare.

Există astfel unii părinţi, excesiv de grijulii pentru sănătatea odraslelor lor, ca spre exemplu cei care-i înfofolesc „ca să nu răcească", care fac o dramă dintr-un guturai banal, care le interzic joaca sau practicarea sportului de frică să nu se accidenteze etc., părinţi care, atunci cînd constată rezultate nesatisfăcătoare la învăţătură, nu ţin seama de faptul că adolescentul sau copilul lor nu-şi face temele acasă şi nu învaţă sau că lipseşte de la şcoală, ci se grăbesc să caute o cauză „medicală". Riscurile ce decurg sînt multe, dar mă voi opri doar la trei dintre ele. În primul rînd, pornind de la convingerea că tînărul este bolnav, sînt scăpate din vedere adevăratele cauze ale eşecurilor şi deci nu pot fi aplicate măsurile necesare redresării, înlesnind repetarea abaterilor şi favorizînd simularea bolii. Al doilea risc se referă la imaginea pe care şi-o face copilul despre el însuşi, acesta con-



siderîndu-se fragil şi cu o minimă capacitate de efort. Asta va atrage după sine tendinţa de a se „menaja", de a se autosuspecta de boală, putînd deveni un ipohondru. În sfîrşit, al treilea pericol este cel de a deveni un „pastiloman", apelînd mereu la tot felul de medicamente, în speranţa ca acestea să-i substituie efortul de care el nu se crede capabil. Rezultatul final : o personalitate slabă, dezechilibrată şi vulnerabilă, greu adaptabilă la solicitările vieţii.

Destul de frecvent am întîlnit şi reacţii nepotrivite ale unor părinţi, chiar şi ale unor cadre didactice, faţă de eşecurile şcolare ale unui tînăr, reacţii generate de trei tipuri de mentalităţi. Prima categorie de reacţii greşite constă în decretarea celui în cauză ca incapabil — lipsit de aptitudini — dezinteresat sau leneş. Ultimele două acuzaţii sînt adesea explicate prin faptul că vinovatul are nişte activităţi neconforme cu „vederile" părinţilor sau cu cele ale dascălilor respectivi, cum ar fi practicarea unui joc sportiv, montarea şi demontarea aparatelor de radio etc. Alţi părinţi acuză „din oficiu" şcoala sau cadrele didactice de nereuşitele copilului lor ; prima îl solicită pe copil peste puterile lui, cei de-ai doilea nu se ocupă destul de copii, nu ştiu cum să-i înveţe, iar pe al lor îl persecută etc. Al treilea tip de mentalităţi nesănătoase le întîlnim la părinţii cu principii educative rigide. Aceştia sînt adepţii ideii conform căreia copilul „nu are altă grijă decît să înveţe", văzînd în copii un fel de robot destinat exclusiv învăţării, imun la îmbolnăviri — „fiindcă e tînăr" — insensibil la ce se întîmplă în jurul său, inclusiv în familie — „fiindcă nu-i treaba lui" — şi fără trebuinţe specifice vîrstei — la cei mici, „nu i se întîmplă nimic dacă nu se joacă", iar la cei mari, „îi arde de iubit în loc să înveţe; să lase amorul pînă îşi ia diploma, că are destul timp după aia şi de amor". În cazul apariţiei unui insucces şcolar sau chiar numai dacă nu reuşeşte să satisfacă ambiţia părintelui de a avea numai nota zece, îl acuză fără vreun temei, îi fac morală şi-i impun o viaţă şi mai austeră, o muncă şi mai epuizantă ca pînă atunci. La faptul că nu poate mai mult sau că ar putea să fi intervenit vreo îmbolnăvire nici nu se gîndesc, „astea fiind schimonoseli copilăreşti".

Toate modalităţile de analizare a cauzelor unui eşec la învăţătură descrise dau dovadă de subiectivism şi de superficialitate. Această afirmaţie nu trebuie înţeleasă în sensul că rezultatele şcolare nesatisfăcătoare n-ar putea avea unele dintre cauzele pomenite. Absurditatea constă în faptul că se porneşte de la idei preconcepute, excluzîndu-se din discuţie orice altă cauză posibilă, numai pentru simplul fapt că ea nu concordă cu părerile proprii, trecîndu-se la hotărîri pripite, nu rareori diametral opuse celor normale în situaţia respectivă.

Aşadar, dacă este inadmisibil să atribuim orice nereuşită la învăţătură îmbolnăvirii, este şi mai grav să omitem o astfel de eventualitate. Prin urmare, ori de cîte ori se constată că un copil sau tînăr nu face sau nu mai face faţă exigenţelor şcolare, se impune analizarea cu răbdare a situaţiei, trecîndu-se în revistă toate cauzele posibile, inclusiv aceea a unei perturbări a sănătăţii. A apela în astfel de împrejurări la sprijinul cadrelor didactice şi al medicului este semn de mare înţelepciune, pentru că şi unul şi celălalt „vede" şi ceea ce părintele nu „poate" să vadă, pur şi simplu fiindcă e vorba de propriul său copil.

Şi acum, cîteva sublinieri pe care le considerăm utile.

Cînd vorbim de starea de sănătate, să nu uităm că omul trebuie totdeauna privit ca un tot unitar şi că el înglobează trei dimensiuni inseparabile şi aflate într-o strînsă şi permanentă interdependenţă : dimensiunea biologică (organismul), cea psihologică şi cea socială. Aceasta înseamnă că indiferent care dintre componentele sănătăţii este afectată, vor suferi toate trei, adică omul în totalitatea sa. Să luăm ca exemplu un copil bolnav de pojar. Organismul său este supus efortului necesar luptei cu infecţia, apar dereglări ale funcţiilor sale şi ale metabolismului, scăzînd rezervele energetice şi, implicit, şi capacitatea de muncă, atît fizică, cît şi intelectuală. Simptomele neplăcute ale bolii declanşează o reacţie psihică — indispoziţie, nelinişte, teamă etc. —, iar aceasta, adăugîndu-se tulburărilor funcţionale ale organismului, se răsfrînge şi pe planul social : izolarea de colegi şi de prietenii de joacă, rămînerile în urmă de la şcoală, imposibilitatea participării lui la un concurs ş.a.m.d. Ţinînd seama de această triplă faţă a sănătăţii este mai uşor de înţeles în ce fel o îmbolnăvire aparent banală — chiar şi o amigdalită —, o stare de excesivă încordare psihică — spre exemplu teama generală de boala unui părinte — sau o situaţie anormală de natură socială — de pildă scandalurile dintre părinţi — pot să provoace sau să favorizeze scăderea randamentului la învăţătură sub nivelul obişnuit.

Alt fenomen pe care trebuie să-l cunoască fiecare este plusul de sensibilitate ce caracterizează toată perioada de creştere a organismului şi de dezvoltare a perso-

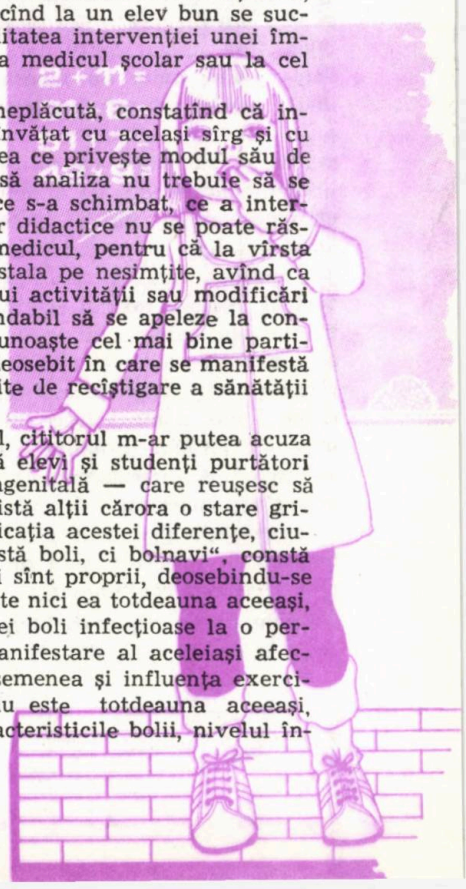
nalității, de la naștere și pînă la vîrsta de adult matur. De-a lungul acestor ani există momente de „salt" ale creșterii — la pubertate, spre exemplu — cînd marile transformări pe care le suferă organismul se răsfrîng și asupra stării psihice, momente în care sensibilitatea față de factorii de mediu este și mai accentuată. Iată deci că mentalitatea, încă destul de răspîndită, conform căreia copiii și tinerii ar dispune de o rezistență nelimitată la îmbolnăvire și de o „insensibilitate" la ceea ce se întîmplă în familie și, în general, în jurul lor, este falsă și totodată periculoasă. Aparenta insensibilitate este explicată de faptul că manifestările copilului și ale adolescentului sînt în multe situații total diferite de cele ale adulților, chiar dacă la baza lor stau aceleași trăiri emoționale. Desconsiderarea sensibilității lor particulare poate avea consecințe grave, întrucît îmbolnăvirile netratate corespunzător, ca și perturbările echilibrului psihic, apărute la aceste vîrste, pot să lase urme durabile asupra organismului și personalității viitorului adult.

În sfîrșit, a treia subliniere necesară se referă la relația strînsă ce există între starea de sănătate și randamentul activității, în cazul discutat, al activității școlare. Adevăr îndeobște cunoscut, acceptat de toată lumea cînd este vorba de influența negativă a îmbolnăvirii organismului, el nu mai este acceptat în cazul unor stări de dezechilibru psihic ușoare și de mai scurtă durată, așa cum se întîmplă, spre exemplu, în surmenaj. Or, procesul psihofiziologic al învățării este deosebit de sensibil la astfel de perturbări, orice eveniment sau situație cu însușiri psihotraumatizante putînd submina capacitatea de concentrare a atenției, mobilitatea și flexibilitatea gîndirii și fixarea durabilă în memorie. În unele cazuri se observă chiar și o scădere accentuată a interesului (motivație) de a studia. Așa se întîmplă, de pildă, cînd se îmbolnăvește o persoană din familie, de care copilul este foarte legat afectiv ; el suferă efectiv, se teme și cînd se așază la masa de lucru pentru a învăța, atenția îi este mereu întreruptă de apariția în minte a persoanei respective. Dar și un eșec al său la un examen, o notă proastă, cu totul neașteptată, poate să lase urme durabile, ba chiar să-i zdruncine încrederea în capacitatea sa de a asimila și de a reține, determinîndu-l să se autoverifice după fiecare rînd citit, alunecînd pe panta învățatului pe dinafară, mecanic. Preocupat de faptul dacă reține sau nu, el nu se va putea concentra asupra conținutului și citește, dar nu știe ce anume citește.

Cele trei aspecte subliniate se constituie în tot atîtea argumente în favoarea obligației ca, atunci cînd se constată o scădere durabilă a rezultatelor la învățătură, cînd apare un eșec neașteptat la un examen și mai ales cînd la un elev bun se succed eșecuri în serie, să fie luată în considerare și posibilitatea intervenției unei îmbolnăviri ori a unui impas psihologic și să se apeleze la medicul școlar sau la cel universitar.

Alteori părintele se află într-o situație la fel de neplăcută, constatînd că insuccesele copilului au apărut după ce acesta nu a mai învățat cu același sîrg și cu aceeași consecvență, dar totodată s-a și „schimbat" în ceea ce privește modul său de comportare. Cauza insucceselor școlare este evidentă, însă analiza nu trebuie să se oprească aici ! Întrebarea majoră care se pune este de ce s-a schimbat, ce a intervenit, ce l-a transformat ? Dacă nici cu ajutorul cadrelor didactice nu se poate răspunde satisfăcător la aceste întrebări, să fie consultat medicul, pentru că la vîrsta elevului, ca și la cea a studentului, unele boli se pot instala pe nesimțite, avînd ca prim semn de manifestare tocmai scăderea randamentului activității sau modificări ale comportamentului. Așa fiind, rezultă că este recomandabil să se apeleze la consultul medicului școlar sau universitar, întrucît acesta cunoaște cel mai bine particularitățile elevului și, respectiv, ale studentului, modul deosebit în care se manifestă unele afecțiuni la vîrsta lor și mijloacele cele mai potrivite de recîștigare a sănătății și echilibrului psihic.

Repetînd mereu îndemnul de a fi consultat medicul, cititorul m-ar putea acuza de exagerare. Iată însă un argument convingător. Există elevi și studenți purtători ai unei boli cronice — spre exemplu o cardiopatie congenitală — care reușesc să obțină rezultate foarte bune la învățătură, după cum există alții cărora o stare gripală obișnuită le poate stînjeni vizibil activitatea. Explicația acestei diferențe, ciudată la prima vedere și care ne reamintește că „nu există boli, ci bolnavi", constă în faptul că structura și modul de reacție al fiecăruia îi sînt proprii, deosebindu-se de ale celorlalți. Mai mult, reactivitatea individuală nu este nici ea totdeauna aceeași, depinzînd de situația de moment. Astfel, intervenția unei boli infecțioase la o persoană epuizată nu se manifestă identic cu modul de manifestare al aceleiași afecțiuni la o persoană aflată într-o stare înfloritoare. De asemenea și influența exercitată de o îmbolnăvire asupra performanțelor școlare nu este totdeauna aceeași, depinzînd de o serie întreagă de factori, cum ar fi : caracteristicile bolii, nivelul în-



cordării emoționale premergător apariției tulburărilor, reacția psihică a celui bolnav față de boală, nivelul obișnuit al rezultatelor sale la învățătură, momentul anului școlar, „ambiția" de a obține note mari, coincidența îmbolnăvirii cu alte evenimente sau situații psihotraumatizante etc. Dealtfel rareori un eșec școlar are o cauză unică, de obicei suprapunîndu-se impactul a doi sau mai mulți factori. Singur medicul poate cumpăni în ce măsură îmbolnăvirea poate fi implicată în compromiterea rezultatelor la învățătură și mai ales ce este de făcut pentru a-l ajuta pe tînăr să iasă din impas. În aceeași ordine de idei, evaluarea capacității unui tînăr din punct de vedere al stării sale de sănătate, de a face față solicitărilor profesiei pe care dorește să o îmbrățișeze, îi revine tot medicului. În consecință este bine ca părinții care au copii cu probleme de sănătate durabile să se consulte din timp cu medicul asupra viitorului profesional al acestora, evitînd unele situații penibile, cînd tînărul se prezintă, spre exemplu, la concursul de admitere într-o facultate cu profil tehnologic și află de-abia atunci că este inapt din motive medicale.

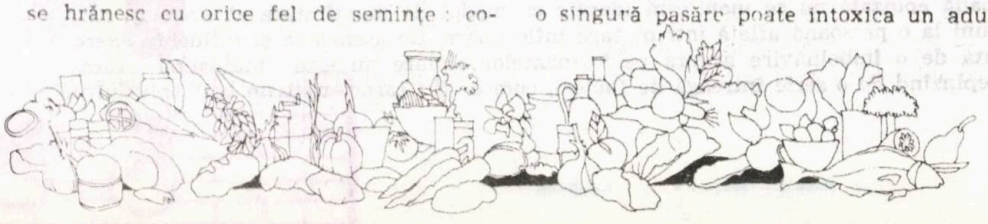
În încheiere, țin să subliniez că analiza judicioasă a cauzelor care au determinat un eșec sau o scădere a rezultatelor obținute de un tînăr la învățătură reprezintă nu numai un act cu scop educativ, ci și unul cu semnificații medicale și sociale. Aceasta pentru că astfel de eșecuri pot compromite uneori sănătatea, echilibrul psihic și perspectivele socio-profesionale ale unor tineri.

INTOXICAȚII PRIN lanțuri alimentare

După cum se știe, un mare pericol pentru om îl reprezintă concentrarea toxicilor de-a lungul lanțurilor alimentare. Într-adevăr, omul nu ingeră numai alimente toxice prin ele însele (ca, de exemplu, ciuperci), alimente contaminate (cu pesticide, substanțe cancerigene etc.) și alimente adiționate cu anumite substanțe chimice, avînd uneori potențial toxic, adică nu are loc întotdeauna un contact sau ingestie directă a intoxicatului cu toxicul. Adesea toxicul este absorbit de o plantă sau animal, în organismul cărora se concentrează, fără a le provoca tulburări sensibile, datorită unei rezistențe specifice ; apoi toxicul trece în organismul unui alt animal (prădător al primului) sau al omului (consumator al plantei sau animalului purtător de toxic), care pot fi intoxicați, dacă sînt sensibili la doza respectivă. În acest mod un întreg lanț alimentar este contaminat.

Unele păsări, ca prepelițele și sturzii, se hrănesc cu orice fel de semințe : comestibile (grîu, mei, cînepă), dar și otrăvitoare (cucută, mătrăgună, măselariță, elebor, aconit). Din antichitate se observă că aceste păsări pot concentra în micul lor trup o cantitate de toxic mortală pentru animalul sau omul care le-ar ingera, însă inofensivă pentru ele însele. „Prepelițelor le place să mănînce semințele unei anumite plante veninoase ; de aceea ele au fost îndepărtate din alimentație", scria naturalistul roman Pliniu cel Bătrîn (sec. I e.n.), iar medicul-farmacist Galenus (sec. I e.n.) afirma : „Cucuta servește drept hrană sturzilor, dar pe ei nu-i otrăvește, pe cînd pe oameni îi ucide. Și eleborul, cu care se hrănesc prepelițele, este o otravă mortală pentru om".

Asemenea intoxicații au loc și în prezent în Algeria, unde cucuta este foarte răspîndită, iar perioada apariției semințelor coincide cu migrarea de primăvară a păsărilor ; în acest sezon, carnea prepelițelor este considerată periculoasă, căci o singură pasăre poate intoxica un adult.



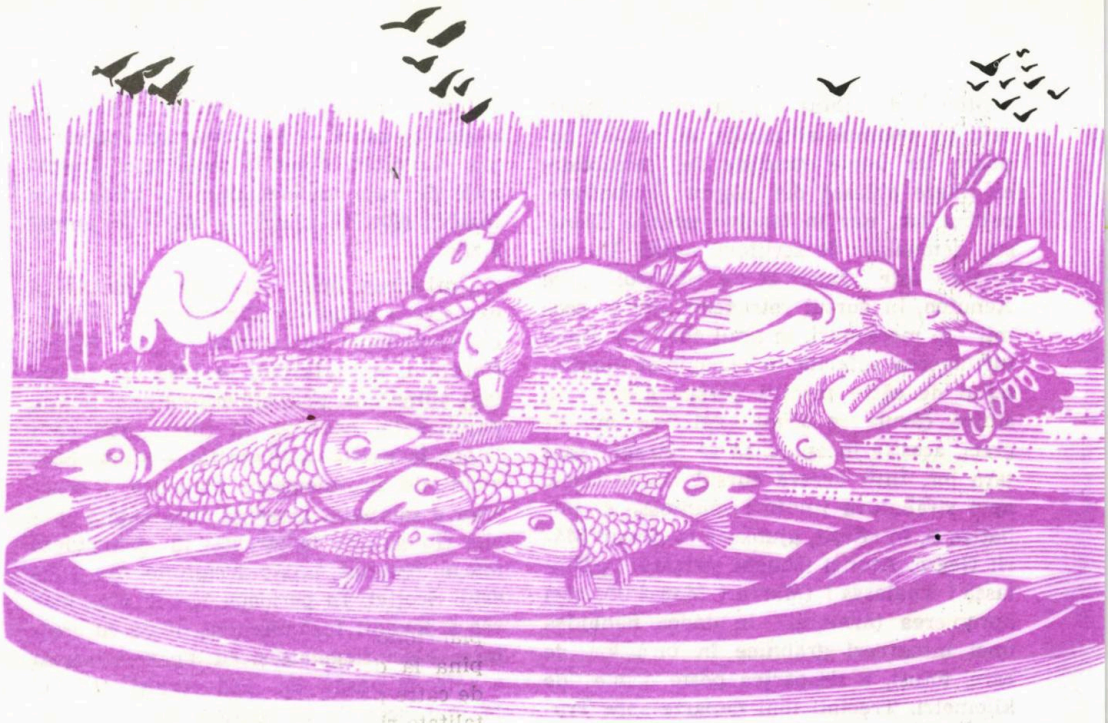
Mierea de albine a jucat un rol important în regimul alimentar al multor popoare, iar unele episoade de intoxicație cu miere culeasă din plante otrăvitoare pentru om, dar inofensive pentru albine, sînt semnalate de scriitorii antici. Un caz celebru este raportat de istoricul grec Xenofon, în cursul retragerii „celor zece mii" de mercenari, în anul 401 î.e.n. După înfrîngerea suferită în apropierea Babilonului de către prințul persan Cirus, în slujba căruia se aflau cei zece mii de greci, aceștia începură să se retragă spre țara lor. Întîi urcară cursul rîului Tigru, apoi străbătură ținuturi muntoase și sălbatice și, în sfîrșit, ajunseră la țărmul Mării Negre. Atunci izbucni strigătul : „Thalassa ! Thalassa ! (Marea ! Marea !)", căci apropierea țărmului le dădea nădejdea unei întoarceri grabnice în țara lor, de care, totuși, îi despărțea peste o mie de kilometri. Trecînd mai departe spre Trapezunt, ajunseră în ținutul Colchidei (sudul Caucazului), unde avu loc un episod ciudat, descris de Xenofon : „Grecii intrară în cantonament în mai multe sate, unde găsiră provizii din belșug, printre care și o mulțime de stupi de albine. Toți soldații care mîncară miere din faguri își pierdură cunoștința. Cei care mîncaseră mai puțină păreau că sînt beți, în timp ce acei care mîncaseră mai multă semănau cu niște oameni ieșiți din minți, iar alții, cu unii care trăgeau să moară... A treia și a patra zi se puseră pe picioare, ca după o otrăvire". Pliniu cel Bătrîn arată că localnicii greci de pe țărmul Mării Negre numeau această varietate de miere „moenomenon mel" (miere care dă naștere la nebunie). Asemenea cazuri sînt semnalate și în timpurile moderne și se explică prin abundența plantelor toxice în această regiune, ca : azalee, rododendron, aconit, măselariță, brîndușe de toamnă etc. Cercetătorii sovietici și turci au studiat această floră și au făcut recensămîntul plantelor otrăvitoare din regiunea numită odinioară Colchida.

Mediul acvatic poate fi otrăvit prin toxinele eliberate de anumite alge, rezultînd — direct sau indirect — intoxicații pentru animale și om.

Într-o localitate din nordul Germaniei, o algă albastră — *Nodularia spumigena* — s-a dezvoltat intens în iazul unei crescătorii de rațe, determinînd o intoxicație masivă (400 de păsări au murit în numai 5 zile).

„Înflorirea apei", datorită dezvoltării excesive a anumitor *Dinoflagelate* — specia *Gonyaulax tamarensis* — în Marea Nordului, a perturbat, în 1968, un întreg lanț alimentar, prin eliberarea unei toxine paralizante, cauzînd, în final, intoxicații la om. În perioada 19 aprilie — 6 mai, Serviciul de supraveghere biologică a coastelor a semnalat prezența constantă a speciei *Gonyaulax tamarensis* în planctonul marin recoltat într-o localitate din sudestul Scoției. În perioada 11—16 mai, marea a devenit fosforescentă, odată cu creșterea algei flagelate și cu moartea bruscă a sute de păsări de apă ; totuși, pînă la 17 mai, scoicile comestibile recoltate nu cauzaseră intoxicații consumatorilor. Pînă la sfîrșitul lunii mai se înregistrară însă 75 de intoxicații la om, prin consum de scoici, concomitent cu moartea a nenumărate păsări și nevertebrate (concentrația de toxină era foarte ridicată în corpul unor mici meduze, găsite paralizate), ceea ce a impus interzicerea recoltării și pescuitului scoicilor de orice fel. În fine, episodul luă sfîrșit prin scăderea densității *Dinoflagelatelor* și rărirea morții păsărilor.

Se cunoaște, de asemenea, fenomenul „înroșirii apelor", însoțit de moartea în masă a faunei marine, semnalat pe unele porțiuni de-a lungul coastelor Atlanticului, Pacificului și Oceanului Indian. În Florida meridională, la sfîrșitul toamnei, oceanul se colorează întîi în galben, apoi în roșu, ca sîngele. Pe măsură ce apa devine roșie și vîscoasă, cantități enorme de pești și alte organisme marine sînt aruncate la țărm, intoxicate. Acest fenomen, atribuit în trecut epidemiilor sau exploziei unor vulcani subacvatici, este datorit algelor din speciile *Gonyaulax, Cymnodinium, Cochlodinium, Amphidinium* etc. La adîncimi de 200—300 m, în apropierea țărmurilor, se depun mari cantități de deșeuri provenite din



faună și floră ; masa, fiind compactă, nu permite pătrunderea oxigenului, încît degradarea are loc în condiții anaerobe, cu degajare de hidrogen sulfurat și de alte gaze toxice. Pe de altă parte, îmbogățirea apei în fosfați și nitrați favorizează dezvoltarea microorganismelor. Îndată ce curenții marini și vînturile alizee aduc spre suprafață apele profunde încărcate cu săruri, au loc condiții prielnice de dezvoltare explozivă a algelor, a căror fosforescență conferă apelor culoarea roșie. Totodată toxinele eliberate de ele otrăvesc peștii, iar aceștia intoxică păsările și pe om. Dealtfel, omul este afectat și indirect, prin mirosul insuportabil emanat de gazele din putrefacția miilor de cadavre aruncate la țărm.

Apele uzate (efluenții) de la industriile chimice și industria hîrtiei au fost sursa contaminării cu *metilmercur* a peștilor din Japonia, Suedia, Statele Unite, Canada ; pe calea nevertebratelor sau a peștilor care se hrănesc cu plancton, sau prin pătrunderea direct prin branhiile peștilor, toxicul otrăvește peștii, iar aceștia contaminează pe om, încît peștele este considerat, în prezent, sursa cea mai importantă de mercur din alimentație. De asemenea, compușii organici de mercur pot fi transformați în metilmercur de microorganisme ca *metanobacterium, neurospora* etc., sub acțiunea unor enzime ca metioninsintetaza, enzime denumite generic „metilcorinoide".

O asemenea intoxicație în masă a avut loc în golful Minamata, din Marea Japoniei, cînd s-au produs 1 000 de intoxicații, cu 200 de decese. Acest episod a constituit un semnal de alarmă și a determinat reevaluarea riscului la intoxicația cu mercur în numeroase țări. „Boala de Minamata" a fost pusă în evidență în 1953, cînd numeroși pescari și familiile lor — a căror hrană consta în principal din pește — au fost atinși de o boală ciudată, manifestată prin paralizie, orbire, grave tulburări nervoase, uneori ireversibile sau fatale. În zona respectivă exista o uzină de materiale plastice, al cărui efluent elimina mercur în apele golfului. Mercurul anorganic trecea, sub acțiunea microorganismelor metanogene, în metilmercur, responsabil de manifestările toxice menționate. Peștii, hrănindu-se cu planctonul bogat în aceste microorganisme, preiau și acumulează în corpul lor metilmercur. Episoade similare s-au produs și în alte regiuni din Japonia.

Utilizarea fungicidelor organomercurice pentru semințele cerealelor antrenează contaminarea solului și a plantelor rezultate din semințe. Plantele devin toxice pentru consumator și, de asemenea, animalele hrănite cu cerealele tratate acumulează mercur, încît carnea, laptele și ouăle lor devin periculoase pentru om.

Un caz particular întîmplat în Statele Unite a făcut destulă vîlvă. Un fermier a hrănit porcii, mai multe luni, cu cereale tratate cu fungicide organomercurice. După două luni a tăiat un porc și întreaga familie a consumat carnea. Trei dintre copii au fost atinși, după trei luni, de tulburări nervoase și analizele au pus în evidență cantități importante de mercur, atît în cereale, carnea de porc, cît și în urina și lichidul cefalorahidian al copiilor.

În Irak, într-o perioadă de foamete consecutivă secetei, animalelor li s-a distribuit, drept hrană, semințe tratate cu metilmercur, deși ambalajele avertizau asupra pericolului de intoxicare. Deoarece manifestările toxice nu au apărut imediat la animale, s-a continuat hrănirea lor cu semințele contaminate. Cînd au apărut primele semne de boală, locuitorii au încercat să recupereze carnea, consumînd-o, ceea ce a determinat peste 1 000 de cazuri de intoxicație, cu 300 de decese. Episodul a devenit mai dramatic atunci cînd, în panica provocată, locuitorii au aruncat semințele tratate în apele Tigrului, intoxicînd peștii, ceea ce a impus interzicerea consumării acestora. Episoade similare s-au produs în Mexic, Guatemala, Arabia Saudită.

Și alte pesticide se pot concentra de-a lungul lanțurilor alimentare, veriga finală fiind păsările sau peștii, uneori chiar omul.

În Statele Unite s-au întreprins, la un moment dat, stropiri masive cu DDT, pentru a proteja ulmii de o boală transmisă prin insecte. Particulele de DDT căzute pe sol erau ingerate de rîme. Acestea sînt puțin sensibile la acțiunea DDT, dar cu capacitatea de a-l concentra în corpul lor. Mierlele ingerînd rîmele, la aproximativ cinci săptămîni de la stropire, au manifestat o mare sensibilitate a sistemului nervos față de toxic și au murit în masă.

Apa unui lac din California — Clear Lake — a fost tratată cu un insecticid organoclorurat, înrudit cu DDT, pentru a distruge larvele de țînțari. Din apă, toxicul a trecut în plancton, apoi în peștii planctonofagi și carnivori, concentrîndu-se pînă la de 500 de ori. Îngerarea peștilor de către păsările de apă a provocat o mortalitate ridicată în rîndul acestora.

Un alt exemplu de contaminare de-a lungul lanțurilor alimentare este încărcarea scoicilor comestibile cu *compuși cancerigeni* de tip 3—4 benzpiren, proveniți din produsele petroliere aruncate în mare și acumulate în nămoluri, de unde trec în organismul viețuitoarelor microfage. Omul, ultima verigă a acestui lanț, riscă să devină victima intoxicației cu hidrocarburi cancerigene.

Din exemplele de mai sus reiese pregnant faptul că prin poluarea mediului pot fi contaminate alimentele nu numai direct, ci și indirect, apărînd episoade de intoxicații, cu urmări nefaste pentru colectivitate.

CONF. DR. DOC. **MARȚIAN COTRĂU**
I.M.F. Iași

DESENE DE NIC. NICOLAESCU

PESTICIDELE

ICHIM AUREL
Cercetător principal
Institutul de igienă și sănătate publică
București

Sub denumirea de *pesticide*, adoptată de Comitetele de experți ai Organizației Mondiale a Sănătății (OMS/WHO) și Organizației pentru Alimentație și Agricultură (FAO), ca unic termen științific, se grupează toate substanțele și produsele chimice folosite pentru combaterea dăunătorilor în agricultură (protecția plantelor cultivate), silvicultură (protecția pădurilor) și zootehnie (protecția animalelor), precum și în profilaxia sanitară umană pentru combaterea vectorilor (insecte și rozătoare) de maladii infecțioase transmisibile.

Definiția acestei categorii de substanțe este conținută în însăși părțile componente ale denumirii — cuvînt compus din limba latină — în care *pesta* înseamnă plagă, flagel, dăunător, iar *caedo* (se citește cedo) înseamnă a ucide.

Pesticidele sînt substanțe care ucid dăunătorii.

Prin referire la dăunători — ierburi (buruieni), fungi (ciuperci microscopice), insecte, rozătoare etc., pesticidele se clasifică în grupe cu acțiune specifică : erbicide, fungicide, insecticide, raticide etc. și se delimitează domeniile și modurile de utilizare.

Obținute prin procedee chimice, pesticidele constituie astăzi un capitol important al chimiei de sinteză, ale cărui începuturi se situează cu peste patru decenii în urmă, cînd dr. Paul Müller, de la Uzinele Geigy (Elveția), descoperea acțiunea insecticidă specifică a Diclor-Difenil-Tricloretanului sau, cu denumirea comună cunoscută, DDT.

Valoarea acestei descoperiri a fost consacrată în 1948, cînd premiul Nobel pentru medicină a fost atribuit doctorului Paul Müller pentru contribuția adusă la posibilitățile de combatere a unor insecte vectoare de maladii transmisibile : malaria, boala somnului, tifosul exantematic, febra Q etc., maladii pentru care omenirea plătea un tribut anual cifrat la milioane de victime.

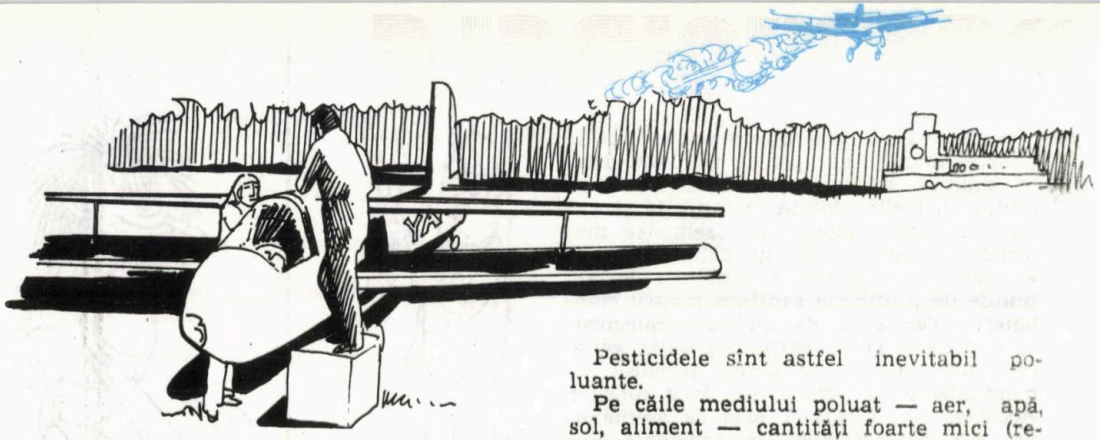
Notînd acest început trebuie să semnalăm și faptul că în țara noastră utilizarea, pentru prima dată, a insecticidelor din clasa chimică denumită „hidrocarburi clorurate" (DDT ; LINDAN), aparține organelor sanitare umane care, aplicînd aceste mijloace chimice în marile campanii antiepidemice (1946-1949 — combaterea tifosului exantematic ; 1949-1956 — eradicarea malariei) au înscris o pagină remarcabilă în istoria medicinii românești.

Dar importanța și beneficiile aduse de pesticide rezultă mai ales din utilizarea acestora în agricultură, ca mijloace de protecție a plantelor cultivate, în perioadele de vegetație, și de prevenire a pierderilor la produsele agroalimentare depozitate.

Agricultura modernă, a cărei principală sarcină este aceea de a asigura hrana unei populații în continuă creștere, nu mai poate fi concepută și practicată astăzi fără chimizare, respectiv fără substanțele fertilizante (îngrășăminte) și pesticide. Calcule globale făcute pe baza unor studii comparative arată că numai la producția de grîu pierderile de recoltă, datorite dăunătorilor, în intervalul dintre semănat și cules, pot atinge 30%, iar pierderile înregistrate în depozite pot atinge 15%.

Utilizarea intensivă dar rațională a pesticidelor poate reduce aceste pierderi pînă la procente acceptabile pentru randamentul producției. Mai sugestiv apare rezultatul unui calcul făcut în țara noastră și care arată că la 1 leu cheltuit pentru pesticide corespunde o creștere de producție de 6 lei.

Utilizarea pesticidelor, în special a insecticidelor și raticidelor, în protecția sanitară umană sau pentru ridicarea gradului de confort prin eliminarea unor insecte supărătoare, deși este de mai mică amploare și mai greu de exprimat în cifre



comparative, ocupă totuşi un loc important în ansamblul măsurilor necesare pentru asigurarea unui nivel ridicat de igienizare a mediului de viaţă şi de muncă. Cercetările de laborator continuă să pună în evidenţă rolul pe care îl au insectele şi rozătoarele, acela de purtători (vectori) ai germenilor unor boli infecţioase, şi respectiv posibilităţile de transmitere directă ai acestora (prin înţepătură, în cazul insectelor hematofage) sau indirectă (prin contaminarea alimentelor şi apei).

În sprijinul acestor aprecieri este suficient să reamintim faptul că eradicarea malariei în ţara noastră nu ar fi fost posibilă fără substanţele insecticide care au redus masiv populaţiile de ţînţari anofeli din zonele mlăştinoase paludice.

Referitor însă la asigurarea sănătăţii populaţiei prin măsuri preventive, utilizarea pesticidelor ridică numeroase alte probleme, uneori cu mult mai complicate şi de mai mare profunzime sub aspectul consecinţelor.

Acestea rezultă direct din principala proprietate a pesticidelor, şi anume : *toxicitatea.*

Toate pesticidele sînt substanţe otrăvitoare, toxice.

Uciderea dăunătorilor este efectul final al acţiunii toxice manifestată prin interferenţa în reacţiile chimice şi echilibrele vitale ale celulei vegetale (erbicide, fungicide) sau animale (insecticide, raticide).

Acţiunea toxică se exercită şi asupra organismului uman, atunci cînd substanţa sau produsul (pulbere, soluţie, emulsie, suspensie) pătrunde ca atare prin ingestie sau prin piele — în cazul confuziilor sau actelor intenţionate — provocînd intoxicaţia acută, soldată de cele mai multe ori cu decesul victimei.

O altă serie de consecinţe sînt acelea rezultate din stabilitatea chimică a substanţelor pesticide (persistenţa în timp) şi din însuşi modul de utilizare prin răspîndire (stropire, pulverizare) intenţionată în mediu.

Pesticidele sînt astfel inevitabil poluante.

Pe căile mediului poluat — aer, apă, sol, aliment — cantităţi foarte mici (reziduale) de substanţe pesticide pot pătrunde în organismul uman şi animal, provocînd intoxicaţia cronică, cu semne specifice sau nespecifice de îmbolnăvire.

De aceea cunoaşterea minuţioasă a proprietăţilor fizico-chimice şi biologice ale pesticidelor constituie un domeniu de activitate ştiinţifică esenţială, pentru a defini în final „balanţa efectelor" şi, prin aceasta, delimitarea unei zone cît mai mari de separare a efectelor pozitive, necesare din punct de vedere al beneficiilor, de cele negative posibile, deduse mai ales din proprietăţile arătate : *toxicitate* şi *poluare.* Pe aceste elemente de cunoaştere se întemeiază măsurile, recomandările, normele de utilizare şi de protecţie, atît pentru muncitorii din industria chimică producătoare şi din agricultură, cît şi pentru populaţia generală.

Colective mari de chimişti, ingineri-chimişti, ingineri-agronomi, biologi, toxicologi şi medici desfăşoară, în institutele de specialitate din ţara noastră, o imensă muncă de cercetare ştiinţifică dirijată, spre a face din substanţele şi produsele pesticide un arsenal de mijloace a cărui exploatare să fie posibilă fără riscuri pentru om şi animalele folositoare şi fără degradarea mediului natural.

Această idee este cuprinsă în cîteva legi şi acte normative, a căror cunoaştere trebuie să fie obligatoriu în atenţia specialiştilor şi necesar în atenţia întregii populaţii. În acest scop citãm, ca cele mai importante :

— Legea Nr. 5/1982 privind protecţia plantelor cultivate şi a pădurilor şi regimul pesticidelor ;

— Legea Nr. 3/1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei ;

— Legea Nr. 9/1973 privind protecţia mediului înconjurător ;

— Norme republicane şi departamentale de protecţia muncii.

Conform prevederilor legale, nici o substanţă sau produs pesticid nu pot fi fabricate sau introduse în folosinţă fără avizul specialiştilor, act în care partea esenţială o constituie avizul sanitar.

Din punct de vedere al toxicităţii, pesticidele sînt încadrate în patru grupe de

toxicitate. Produsele din grupele I și II (foarte toxice) nu pot fi utilizate decît în anumite condiții și numai de către echipe instruite, dotate, organizate și autorizate pentru lucrări cu asemenea materiale. Produsele din grupele III și IV (moderat toxice) pot fi utilizate în acțiunile de profilaxie sanitară pentru combaterea vectorilor de maladii transmisibile, precum și de către populația generală, acestea fiind singurele produse comercializate ca bunuri de larg consum. Aceasta nu înseamnă însă că asemenea produse nu pot duce la accidente prin intoxicație, mai ales dacă nu se respectă întocmai indicațiile de utilizare.

De aceea am socotit necesar ca în finalul acestui articol să înscriem cîteva recomandări de interes practic, general, avînd în același timp și semnificația unui apel la cooperarea fiecăruia în scopul protecției sănătății individuale și colective și al evitării oricăror riscuri :

— pentru combaterea insectelor și rozătoarelor în locuință și gospodărie să se folosească numai produsele aflate în comerțul de stat și cooperatist, deoarece acestea sînt singurele produse autorizate pentru aceste spații și scopuri ;

— înainte de folosire să se citească atent indicațiile privind „modul de utilizare" înscrise pe eticheta fiecărui ambalaj și să se procedeze strict, conform acestor indicații ;

— în timpul lucrului, nasul și gura vor fi protejate prin acoperire cu un prosop, iar mîinile vor fi protejate cu mănuși de cauciuc, de tip casnic ;

— produsele, ținute numai în ambalajul original, vor fi păstrate în locuri anume, bine separate de alimente și departe de posibilitățile de acces ale copiilor ;

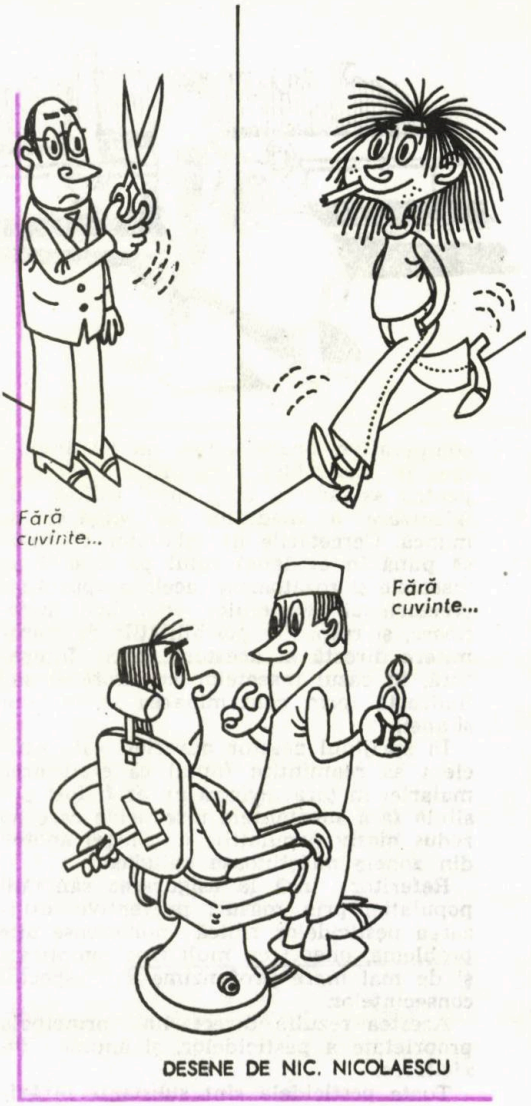
— după terminarea operațiunii, încăperile vor fi bine aerisite — mai ales după stropirea cu soluții insecticide —, iar fața și mîinile vor fi spălate insistent cu apă și săpun ;

— ambalajele de hîrtie, carton, plastic, rămase după consumarea produsului, vor fi arse sau distruse prin rupere înainte de a fi depuse în locurile de colectare a gunoiului menajer. Aceste ambalaje nu pot fi folosite pentru păstrarea altor bunuri ;

— ambalajele de sticlă vor fi bine spălate cu apă caldă și sodă sau detergent înainte de eventuala lor valorificare ;

— pentru protecția plantelor cultivate — pomi fructiferi, viță de vie, legume — mai ales în mediul rural, se va face apel la echipele specializate în asemenea operațiuni, din teritoriul respectiv.

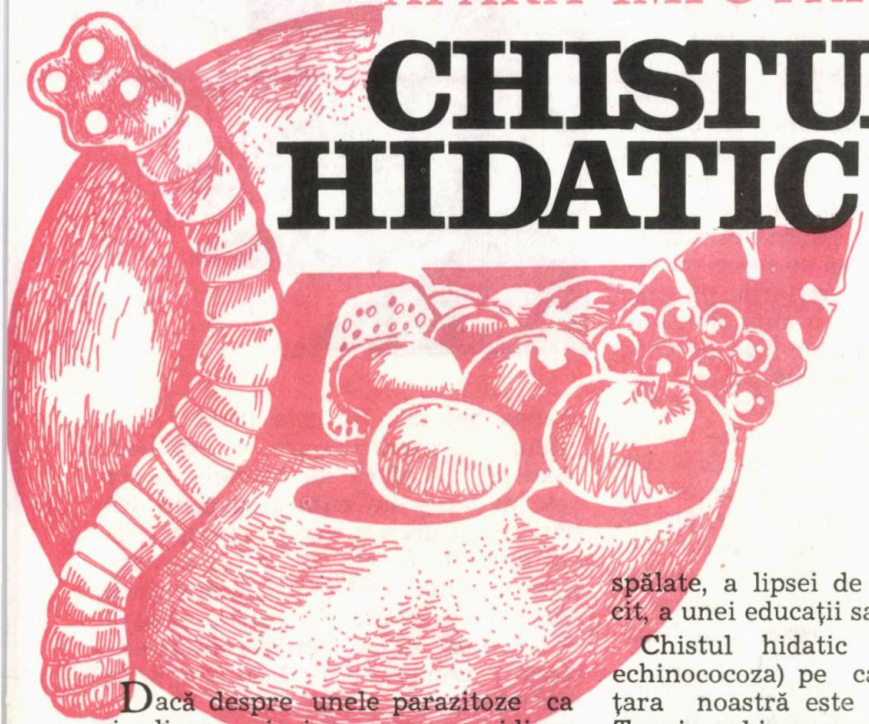
În cazul în care persoanele care au venit în contact direct sau indirect cu produse pesticide prezintă semne de intoxicație, ca : greață, vomă, dureri de cap, amețeli, respirație grea, lipsa poftei de mîncare, dureri abdominale, tremurături ale membrelor, oboseală, tulburări de vedere, se va cere de urgență intervenția medicului.



DESENE DE NIC. NICOLAESCU

DR. DOC. **I. GHERMAN,**
DR. **ELEONORA FLORIAN**
Spitalul clinic „Fundeni"

CUM NE PUTEM APĂRA ÎMPOTRIVA CHISTULUI HIDATIC



Dacă despre unele parazitoze ca giardioza, oxiuriaza sau ascaridioza se vorbește frecvent și se știu mai multe lucruri, despre chistul hidatic — o boală parazitară care este, adevărat, mai rară, dar mult mai gravă — se vorbește mai puțin și se cunosc mai puține date. Din această cauză am considerat necesar să prezentăm cîteva aspecte mai importante privind această boală, referitoare, în special, la căile de răspîndire și la modalitățile de prevenire și de combatere a acesteia. Este necesară prezentarea acestor aspecte cu atît mai mult cu cît este vorba de o boală care, din nefericire, nu beneficiază, pînă în prezent, de pe urma unui tratament medicamentos. Răspîndirea bolii printre animale și trecerea ei la om poate fi însă prevenită prin respectarea, cu multă strictețe, a unor măsuri de igienă generală și individuală.

Chistul hidatic reprezintă boala mîinilor murdare, a alimentelor nespălate, a lipsei de igienă și, implicit, a unei educații sanitare deficitare.

Chistul hidatic (hidatidoza sau echinococoza) pe care îl întîlnim în țara noastră este determinat de *Taenia echinococcus*, un parazit din clasa teniilor care, ca adult, trăiește în intestinul cîinelui și al altor animale (pisică, lup etc.), ce-i servesc de gazdă-definitivă. La om, ca și la animalele care-i servesc drept gazdă-intermediară (oi, vite, porci, cai etc.), parazitul, în „impas parazitar", evoluează numai pînă la stadiul de larvă, fixîndu-se și evoluînd sub o formă chistică (veziculară) în ficat, plămîn și în multe alte organe. Adultul, despre care am spus că trăiește în special în intestinul cîinelui, are caracterele morfologice ale unei tenii, fiind format însă numai din 3 sau 4 segmente (proglote), măsurînd în lungime mai puțin de 1 cm. În ultimul segment — care reprezintă aproape jumătate din lungimea parazitului — se găsește uterul plin cu aproape pînă la o mie de ouă. Asemenea ouă, embrionate și infecțioase după 6 săptămîni de la infestarea cîinelui, vor

ajunge, odată cu dejecţiile, în mediul exterior, oprindu-se uneori pe fructe, zarzavaturi şi pe alte alimente neprotejate. Acelaşi animal fiind, de regulă, parazitat de un număr mai mare de paraziţi, poluarea mediului înconjurător va fi prin aceasta şi mai mult asigurată. Răspîndirea ouălor parazitului în natură este favorizată şi de faptul că pruritul anal, care însoţeşte parazitoza la cîine (ca şi la celelalte animale gazde-definitive), îl obligă pe acesta să se frece cu regiunea dorsală de terenurile pe care ajung să se hrănească animalele (oi, vite etc.) sau de duşumelele pe care se joacă copiii. Pe de altă parte, pentru a-şi uşura pruritul, cîinii îşi întorc frecvent capul spre zona anală pruriginoasă şi, prin intermediul botului contaminat, reuşesc să împrăştie ouăle şi pe blana corpului lor. De pe blana cîinilor ciobăneşti, mai des infestaţi, ouăle trec destul de frecvent pe lîna oilor cu care convieţuiesc. Acest lucru explică prezenţa şi frecvenţa crescută a bolii printre ciobani, ca şi printre aceia care se ocupă cu tunsul sau mulsul oilor şi cu prelucrarea lînii.

După cum se ştie, de la cîinii infestaţi ouăle infecţioase ale parazitului pot infesta omul şi în mod direct, mai ales atunci cînd contactul cu aseme-

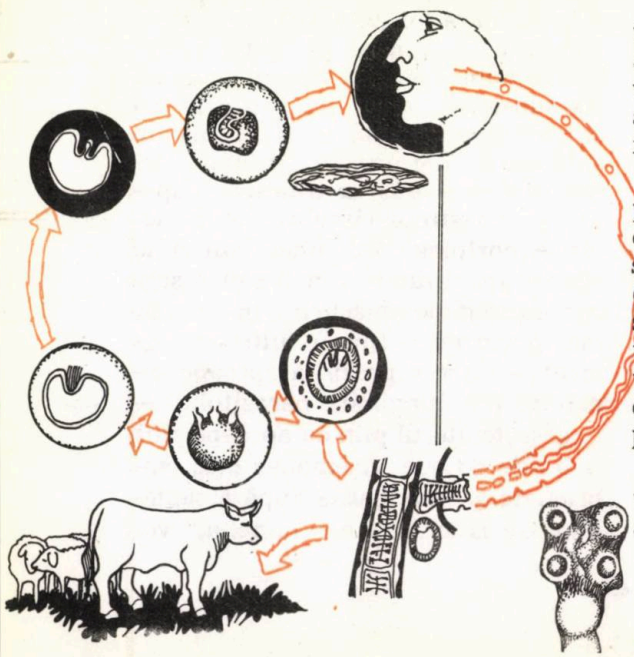
nea animale nu este urmat de o igienă corespunzătoare a mîinilor. Dealtfel, în afară de ciobani, boala este mai des întîlnită şi printre vînători sau dresori care, prin specificul muncii lor, vin mai mult în contact cu cîinii. Obiceiul copiilor de a se juca cu cîinii sau pisicile şi apoi de „a uita" să se spele pe mîini explică prezenţa bolii şi în rîndurile acestora.

Parazitul adult, la cîine, care este principala lui gazdă-definitivă, trăieşte în intestin pînă la aproape doi ani, fără să influenţeze prea mult sănătatea acestuia.

În schimb, forma larvară a parazitului, formă pe care o întîlnim la animalele gazde-intermediare (oi, vite, porci, cai etc.) şi la om, exercită asupra organismelor parazitate influenţe cu totul nefavorabile.

La om boala are un caracter sever, parazitul sub forma larvară putîndu-se localiza în ficat, în plămîn, dar şi în multe alte organe. În chistul hidatic uman, cum aminteam şi mai sus, nu există pînă în prezent un tratament medicamentos, iar intervenţiile chirurgicale sînt frecvent urmate de complicaţii şi de reintervenţii, care pot pune în pericol viaţa bolnavului.

Iată de ce măsurile ce duc la prevenirea răspîndirii bolii în natură şi acelea care pun la adăpost omul de

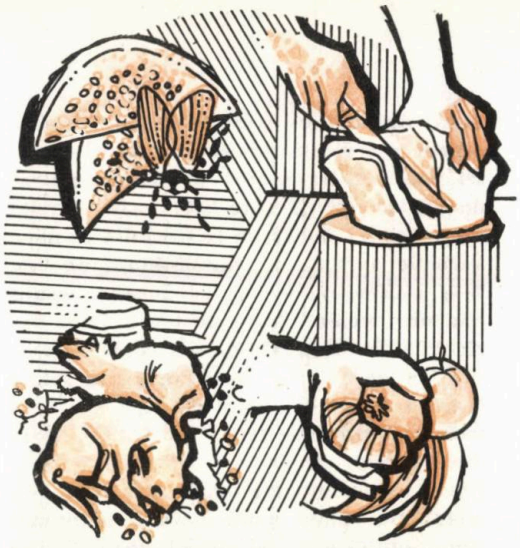


infestare trebuie cunoscute şi merită să li se acorde toată atenţia.

Asemenea măsuri, pentru a-şi demonstra eficienţa, trebuie în mod egal îndreptate — ca şi în alte boli transmisibile — asupra tuturor verigilor responsabile de prezenţa şi răspîndirea bolii.

Astfel, împotriva cîinelui, principala gazdă-definitivă şi principalul rezervor de infecţie a chistului hidatic vezicular, măsurile preconizate trebuie să ducă la combaterea vagabondajului cîinilor şi la depistarea şi tratarea celor necesari activităţii omului. Pentru a preveni infestarea lor, animalele (vite, oi, porci etc.) de la care se infestează cîinii, ingerînd organele parazitate ale acestora, vor fi sacrificate numai în abatoare. De asemenea, în acelaşi scop, cadavrele animalelor vor fi transportate la serviciile de ecarisaj sau la cimitirele de animale, unde vor fi îngropate în adîncime. Organele eventual parazitate ale animalelor sacrificate în abatoare sau în gospodării nu vor fi date ca hrană cîinilor decît după ce au fost bine fierte.

Pentru protejarea directă a omului se recomandă prelucrarea termică adecvată a cărnii înainte de a fi consumată şi întreţinerea igienică a mîinilor (spălarea lor cu insistenţă nu numai cu apă, ci şi cu săpun sau detergenţi, după contactul cu cîini, pisici etc.). De asemenea, se recomandă spălarea cu multă atenţie şi grijă a zarzavaturilor şi fructelor, pe care pot ajunge ouăle parazitului şi care, prin ingerare, pot uşor infesta organismul nostru.



Prin respectarea cu stricteţe a regulilor de igienă generală şi individuală, sîntem în măsură să evităm această boală care, din nefericire, nu se bucură pînă la ora actuală decît de tratament chirurgical şi care ne poate produce multe neajunsuri, uneori punîndu-ne în pericol chiar viaţa.

Ştiţi ce este HIPNOBIOZA?

Prin acest termen înţelegem o „oprire" în dezvoltare a unor paraziţi, datorită unor condiţii adverse pe care le întîlnesc în corpul gazdei şi cărora parazitul trebuie să le facă faţă.

Unii paraziţi, odată pătrunşi în corpul gazdei (intermediară sau definitivă), rămîn acolo într-o stare de viaţă latentă, ca încremeniţi, „adormiţi", în aşteptarea unor condiţii de viaţă mai prielnice pentru ei, înainte de a-şi continua evoluţia.

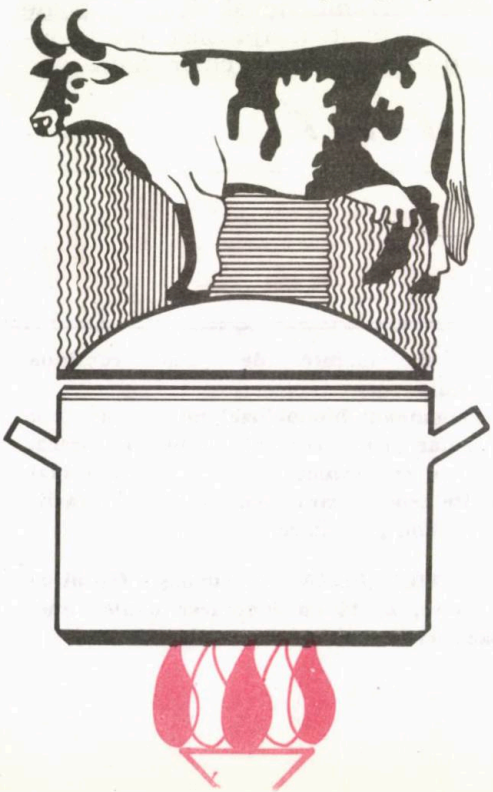
Fenomenul hipnobiozei nu este un fapt singular în parazitologia clinică. De aceea, în cele ce urmează, vom prezenta mai multe aspecte caracteristice ale sale, în diferite boli parazitare.

CISTICERCOZA. **Se cunoaşte faptul că la porc, odată cu ingerarea ouălor unei panglici a omului, denumită** Taenia so-

lium, pătrund în musculatură, în diverse organe precum și subcutanat, larvele acestei panglici, larve care poartă denumirea de „cisticerci" și care dau boala numită cisticercoză. Cisticercii se prezintă ca niște vezicule ovoide, cu dimensiunea de 15/7—8 milimetri. În ele se găsește ascuns cîte un „scolex" (cap) de tenie. Dacă veziculele sînt ingerate de om odată cu carnea de porc insuficient fiartă sau friptă (pentru omorîrea acestor capete, carnea trebuie foarte bine fiartă sau friptă), unele din ele vor da naștere panglicii respective, a cărei lungime poate ajunge la 3—4 metri. Dar omul poate găzdui nu numai tenia adultă ci, ca și porcul, poate fi și el invadat de cisticerci, prin două modalități, și anume :

— fie odată cu alimentația, din ouăle de Taenia solium, care se găsesc răspîndite în mediul extern și pot ajunge întîmplător pe alimente ;

— fie prin regurgitarea (reîntoarcerea în stomac) accidentală a unor segmente de Taenia solium adultă, găzduită în intestin. Segmentele pătrunse în stomac sînt digerate, iar embrionii adăpostiți în ouă se reîntorc în intestin, de unde iau același drum, ca și în cazul ouălor de tenie introduse din afară, adică trec prin pereții intestinului, pătrund în vasele sanguine și, prin intermediul circulației, se plimbă prin tot organismul, pînă ce se opresc într-un organ oarecare, în care se vor transforma în cisticerci. Acest al doilea mod de dobîndire a cisticercozei este cu mult mai grav, deoarece într-un segment de tenie se găsesc mii și mii de ouă și, în consecință, numărul de cisticerci rezultat poate fi imens.



Prezența de cisticerci subcutanat la om se constată cu ușurință, ei apărînd ca niște mici tumorete, de mărimea unor alune. Timpul dintre ingerarea ouălor de tenie și apariția acestor tumorete este foarte variabil. Dar curiozitatea constă în aceea că apariția lor se produce de cele mai multe ori nu deodată, ci „în valuri", deși sînt proveniți dintr-o infestare unică. Aceste „valuri" apar chiar și atunci cînd tenia intestinală a fost demult eliminată printr-un tratament adecvat — deci nu poate fi vorba de repetate procese de regurgitare — și cînd a fost evitată orice posibilitate de noi invazii din afară, prin alimentație.

Singura explicație logică a acestor noi apariții este hipnobioza, în care au căzut foarte mulți embrioni înainte de a-și fi început transformarea lor în cisticerci. Nu se pot preciza factorii adverși produși de organismul parazitat care stăvilesc dezvoltarea unora dintre ei. Faptul este însă observat în mod curent de toți medicii în cazurile de cisticercoză subcutanată multiplă. Și este neîndoios că același fenomen, care la cisticercoza subcutanată este vizibil, se petrece aidoma și în cisticercoza organelor profunde.

Durata hipnobiozei unor embrioni de tenie poate fi uneori exagerat de lungă. H.B.F. Dixon și F.M. Lyscomb, într-o publicație din 1961, au arătat că foarte numeroși militari englezi care s-au infestat cu ouă de Taenia solium pe cînd staționau în India, unde teniaza cu Taenia solium era foarte răspîndită, au prezentat primele simptome de cisticercoză în termene uneori foarte lungi, care au putut ajunge pînă la 30 de ani.

SARCOCISTOZA INTESTINALĂ UMANĂ. **Hipnobioza poate fi observată şi într-o altă boală parazitară a omului,** sarcocistoza intestinală. **Există două specii ale genului** Sarcocystis, **care pot parazita în submucoasa intestinului subţire la om, şi anume :** Sarcocystis suihominis **şi** Sarcocystis bovihominis. **Prima se datoreşte consumării de carne de porc crudă sau insuficient fiartă ori friptă, iar cea de a doua, consumării de carne crudă de vită. Paraziţii genului** Sarcocystis **sînt diheteroxeni, adică evoluţia lor se petrece în mod obligatoriu prin două gazde : gazda-intermediară, care în cazul de faţă este reprezentată prin porc sau vită, şi gazda-definitivă sau „finală", care este omul.**

În gazda-intermediară formele invadante ale paraziţilor respectivi se găsesc în nişte formaţiuni chistice foarte alungite şi subţiri, situate la început chiar în interiorul fibrelor musculare. În ele se găsesc foarte numeroşi spori infecţioşi, numiţi merozoiţi. **Pe măsură ce merozoiţii se înmulţesc, chistul se îngroaşă, distruge fibra musculară şi rămîne liber în ţesutul conectiv al muşchiului respectiv. Chisturile poartă numele de „tuburile lui Miescher" (după numele autorului care a semnalat pentru întîia oară prezenţa lor, în 1843, în musculatura şoarecelui). De unde însă proveneau aceste tuburi miescheriene şi apartenenţa lor zoologică a constituit multă vreme o enigmă, a cărei dezlegare a fost realizată în ultimele două decenii. Între autorii care au contribuit substanţial la rezolvarea ei trebuie citaţi, în primul rînd, Heinz Mehlhorn şi A.O. Heydorn. Se ştie azi că atunci cînd omul ingerează, odată cu carnea crudă de porc sau de vită, şi tuburi miescheriene, multitudinea de merozoiţi conţinuţi în acestea se va introduce în ţestul subepitelial al mucoasei intestinului subţire al omului, unde vor începe un proces de multiplicare sexuată, din care rezultă, în ultimă instanţă, formarea de sporochişti. În fiecare sporochist se vor forma cîte 4 sporozoiţi. Pe măsură ce sînt formaţi, sporochiştii cu sporozoiţii lor sînt eliminaţi în mediul extern, odată cu materiile fecale ale omului parazitat. Prin mediul extern vor trece la**

o gazdă-intermediară (în cazul de faţă porc sau vite).

Omul parazitat prezintă manifestări de suferinţă a tubului digestiv : uneori diaree sanguinolentă, alteori numai vărsături sau numai greţuri. Sarcocistoza intestinală se vindecă spontan, odată cu eliminarea tuturor sporochiştilor, şi nu necesită, prin urmare, nici un tratament cu medicamente specifice.

Ceea ce rămîne totuşi curios este faptul că, în cazuri în care nu poate fi vorba decît de o ocazie unică de infestare, nu toţi merozoiţii care au pătruns în acelaşi moment în organismul uman îşi încep sau îşi îndeplinesc toţi odată procesul de multiplicare sexuată, ceea ce ar duce la eliminarea, în acelaşi termen, a tuturor sporochiştilor rezultaţi. Or, Mehlhorn şi Heydorn arată că în primele zile se elimină foarte puţini sporochişti. Urmează apoi o scurtă perioadă de eliminare a lor mai abundentă, după care eliminarea continuă într-un ritm cvasiconstant, dar mai puţin intens, timp de şase săptămîni sau chiar şi mai mult.

După părerea autorilor citaţi, prelungirea aşa de îndelungată a bolii s-ar putea datora faptului că nu toţi merozoiţii îşi încep concomitent evoluţia lor sexuată. Unii dintre ei rămîn „în aşteptare" un număr mai mare sau mai mic de zile. Ar fi vorba, cu alte cuvinte — şi după aceşti autori — de acelaşi proces de hipnobioză pe care l-am văzut şi în cazul cisticercozei, dar care, din fericire, în sarcocistoză este totuşi mai scurt, depăşind rareori şase săptămîni.

MALARIA CVARTĂ. **O la fel de importantă latență clinică a fost semnalată foarte recent (1982) și într-un caz de paludism produs de** Plasmodium malariae, **de către un colectiv de cercetători japonezi, în frunte cu Hirocki Tsuchida. Se citează cazul unui bolnav care contractase o malarie cvartă în Noua Guinee, în anul 1944, și suferise mai multe serii de accese de febră pînă în anul 1948. Bolnavul se considera vindecat de paludismul său, cînd, după trecerea a 32 de ani de latență clinică a paludismului, cu ocazia unei splenectomii care i se face în 1980, sub bănuiala unei metastaze canceroase, reapar în sînge paraziți malarici însoțiți de febra caracteristică.**

Acest caz, ultimul de acest fel de care am luat cunoștință, nu este însă cel mai impresionant din această categorie de fapte. Într-un raport tehnic al Organizației Mondiale a Sănătății (Nr. 433 din 1969) se citează un caz din Italia în care Plasmodium malariae **produce o recădere după o latență clinică de 53 de ani de la infecția inițială. În același raport mai sînt citate încă alte 3 cazuri asemănătoare, dar cu o latență de mai scurtă durată, între care și un caz din România, în care același parazit al malariei a subzistat în stare latentă 20 de ani.**

Cui pot fi atribuite aceste recăderi așa de tardive, dacă nu acelor forme de hipnozoiți descrișI recent de către Hirocki și colab., hipnozoiți care au continuat să „dormiteze", pînă ce cauze accidentale, cum a fost, spre exemplu, splenectomia din cazul citat mai sus, executată pentru alte manifestări de boală, i-a trezit din somnolența lor ?

TIFOSUL EXANTEMATIC CU RECĂDERE. **Și rickettsiile oferă exemple în care paraziții pot să rămînă o vreme mai mult sau mai puțin îndelungată în hipnobioză. Cel mai caracteristic exemplu la care ne vom referi este acela al bolii Brill-Zinsser. Această boală survine la zeci de ani după ce un bolnav s-a vindecat de tifos exantematic și în condiții perfecte de igienă, în care orice contact cu păduchii a fost exclus. Boala Brill-Zinsser nu este altceva decît o recădere de tifos exantematic, dar mult mai ușoară decît forma de boală prin care pacientul a trecut cu mulți ani mai înainte.** Rickettsia prowazecki, **care cauzează această boală, s-a găsit și a așteptat în tot cursul unei lungi perioade de latență clinică în hipnobioză, în organele profunde : splină, măduvă osoasă, ganglionii limfatici.**

Nu e locul să stăruim aici asupra implicațiilor epidemiologice a acestor neașteptate recăderi, ci ne vom opri numai la faptul în sine că germeni infecțioși foarte primejdioși, cum sînt agenții tifosului exantematic, pot rămîne în hipnobioză un număr neașteptat de mare de ani.

Hipnobioza, după cum rezultă din toate exemplele relatate, reprezintă unul din aspectele interdependenței dintre un parazit și gazda sa. Parazitul, ca entitate biologică, duce un mod de viață cu totul opus aceluia al parazitului social. Departe de a duce o viață lipsită de greutăți, el se găsește într-o continuă luptă cu organismul parazitat pentru a putea supraviețui. Atunci cînd forțele de apărare de care dispune gazda i se opun, el fie dispare, fie găsește posibilitatea de a rămîne în starea de hipnobioză, stare din care se va putea trezi și reîncepe atacul său agresiv, atunci cînd situația parazit-gazdă se va modifica.

PROF. DR. V. NITZULESCU

Fără cuvinte

În creștere în toată lumea:

MICOZELE pliurilor și ale unghiilor

DR. I. COJOCARU
Centrul dermato-venerian, București

Prin suprafața întinsă a corpului omenesc, pielea este organul cel mai expus dușmanilor invizibili de afară, care încearcă necontenit să străbată această barieră. Din categoria agenților nocivi fac parte și unele ciuperci. Acestea sînt ființe microscopice, apropiate atît de lumea vegetală, cît și de cea animală, avînd și unele însușiri care favorizează atacarea pielii.

Aspectul lor microscopic este destul de simplu, legat de viața parazitară, fiind formate doar din tuburi cilindrice, ca trestia, la început drepte, apoi ramificate ca niște crengi. Ciupercile patogene duc o activitate foarte complexă, ceea ce explică, în parte, și numărul mare de boli pe care le pot provoca și care sînt denumite, în termeni medicali, *micoze*.

Cele mai des întîlnite în țara noastră, ca și în restul lumii, sînt micozele care ating pielea, unghiile și firele de păr, ceea ce a făcut ca cele superficiale (de suprafață) să fie denumite *dermatomicoze*, iar majoritatea ciupercilor ce le provoacă, *dermatofiți*.

Pentru a ilustra ponderea mare a acestor boli în totalul celor ce pot afecta pielea omului, este destul să amintim că, printr-un sondaj făcut de noi la un lot de peste 1 500 de persoane, am constatat că frecvența micozelor cutanate depășește 1/2 din numărul persoanelor de peste 20 ani și ajunge la peste 3/4 la cele de peste 60 de ani.

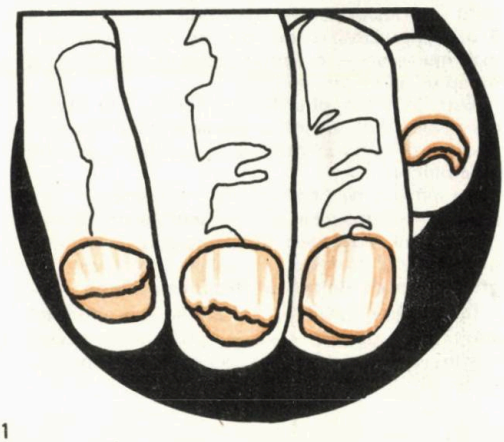
Ciuperca preferă îndeosebi acele porțiuni ale corpului uman ce sînt mai puțin aerisite, unde transpirația este mai abundentă. Așa se explică de ce, dintre toate porțiunile acoperite, ascunse de lumină, piciorul este acela care oferă adăpostul cel mai propice pentru ciuperci. Alte porțiuni ale corpului uman atinse, de asemenea, sînt : pielea de la încheietura coapselor, cea de sub brațe, de sub sîni, din pliul dintre fese. Deoarece boala provocată de ciupercă atinge învelișul de suprafață al pielii (epidermul), leziunile amintite se numesc *epidermofiții*.

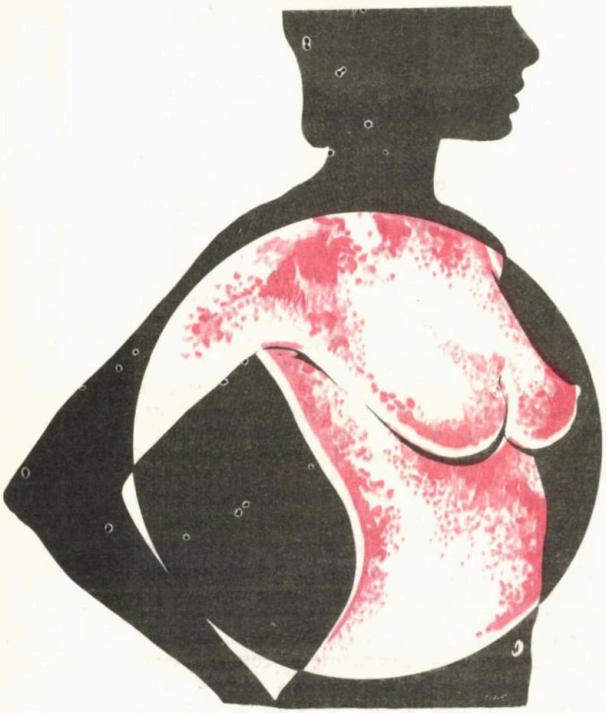
Epidermofiția picioarelor este una din cele mai răspîndite boli provocate de ciuperci în întreaga lume. Ea se întîlnește mai frecvent la populația adultă și în special la cea din orașe. Purtarea încălțămintei mai strîmte, ca și a ciorapilor din material plastic întreține factorii care favorizează apariția ciupercilor – umiditatea, transpirația, neaerisirea – fapt care a făcut să crească în ultimii ani numărul celor care se îmbolnăvesc de epidermofiție. În țările tropicale și subtropicale frecvența acestei boli este deosebit de mare. De asemenea, în țările cu climă temperată frecvența ei este destul de mare. Sînt autori care apreciază că în S.U.A., de exemplu, epidermofiția picioarelor atinge cam 70–80% din populație. După alții, în R. F. Germania, unul din doi locuitori prezintă semnele acestei boli. În țara noastră procentul cel mai redus de cazuri îl găsim la copii (1 din 20). El este ceva mai ridicat la tinerii pînă la 20 de ani (1 din 5), față de 4–5 din 10 persoane de peste 20 de ani, examinate micologic. Grupele de vîrstă cele mai atinse sînt între 30 și 40 de ani și cele de peste 60 de ani.

La picioare, locul cel mai favorabil pentru dezvoltarea ciupercii este în spațiile dintre degete și, îndeosebi, între degetul mic și cel alăturat, acesta fiind cel mai strîmt și cel mai puțin aerisit. Ciuperca pătrunsă acolo găsește momentul favorabil de dezvoltare în special în sezonul călduros, vara, cînd numărul cazurilor de epidermofiții este mai mare decît în restul anului.

Semnele pe care le prezintă bolnavul sînt foarte variate. Uneori apare o simplă descuamare, foarte discretă, între degete, însoțită sau nu de mîncărime, căreia foarte mulți nu-i acordă nici o atenție. Alteori descuamația este mai pronunțată, pielea devine roșie, apar fisuri, iar bolnavul se plînge de usturimi, uneori chiar de o senzație dureroasă. Aceleași fenomene încep să se observe, ulterior, și între celelalte degete.

Dacă aceste semne de început sînt neglijate, boala începe să se extindă și să-și





schimbe aspectul. Apar băşicuţe, mai mici sau mai mari, pline cu un lichid galben, clar sau purulent, care ulterior se pot uni şi se pot extinde. Unele din ele se usucă sau se rup, rămînînd dedesubt zone sîngerinde. Laba piciorului se poate umfla, fiind dureroasă şi împiedicînd pe bolnav să se încalţe, să meargă, să-şi îndeplinească activitatea zilnică.

Semnele menţionate pot rămîne la un singur picior sau se pot extinde şi la celălalt. Uneori pot cuprinde şi mîinile, mai ales palmele, pe care se pot observa aceleaşi fenomene.

Micozele localizate în încheietura coapselor (inghinale) sînt mai frecvente după vîrsta de 30 de ani. Frecvenţa lor se dublează la persoanele avînd peste 60 de ani.

Bolnavii prezintă o roşeaţă locală, descuamaţie, mîncărime, uneori semne de maceraţie locală.

O situaţie asemănătoare se găseşte şi în pliul interfesier, unde ceva mai mult de 1 din 5 adulţi prezintă o micoză, pe care — de cele mai multe ori — o ignoră, simptomele fiind la început adeseori minime.

Dar, în afara pliurilor, ciupercile pot ataca, de asemenea, unghiile picioarelor şi ale mîinilor, provocînd o micoză a unghiilor, numită *onicomicoză.*

Pe măsură ce unghia este invadată de ciuperca în cauză, ea devine mai mată într-un colţ, iar la marginea liberă capătă o culoare gălbuie sau cenuşie, se subţiază sau se îngroaşă, iar cu timpul se dezlipeşte de patul ei.

Dedesubtul unghiei se adună un material sfărîmicios, gălbui, care subţiază şi erodează treptat unghia, pînă ce aceasta se rupe şi cade, în totalitate sau parţial.

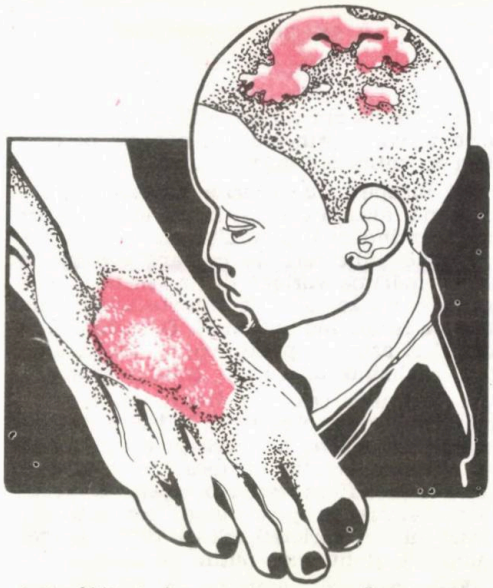
Dacă nu se iau măsuri procesul se poate întinde şi poate dura ani de zile, ajungînd să cuprindă toate unghiile picioarelor şi ale mîinilor. Fiind nedureroasă de cele mai multe ori, onicomicoza este în multe cazuri neglijată, deşi face ca unghiile să capete un aspect mult modificat faţă de unghia normală.

Cercetările întreprinse de colectivul în care lucrez ne-au arătat că frecvenţa leziunilor micotice ale unghiilor este mai redusă la tineri şi că ea creşte mult după vîrsta de 40 de ani, ajungînd să atingă ceva mai mult de 1 din 5 persoane la peste 60 de ani.

Onicomicoza poate constitui un focar de infecţie permanent, atît pentru persoana în cauză, cît şi pentru cei din jurul lui. Astfel, chiar numai o singură unghie atinsă de ciupercă poate să întreţină, timp de ani de zile, o micoză între degetele picioarelor sau pe restul suprafeţei cutanate. De aceea, orice unghie al cărui aspect este modificat trebuie examinată de medicul specialist.

După cum am mai arătat, micozele pliurilor, ca şi cele ale unghiilor, sînt mai rar întîlnite la copii, foarte des găsite la adulţi şi, mai ales, la vîrstnici. Sînt atinse mai frecvent persoanele de sex masculin, îndeosebi cele ce lucrează la temperaturi mai ridicate, cum sînt oţelarii, fochiştii, turnătorii, minerii, precum şi cele ce umblă mult cu cizme etc.

O frecvenţă mai mare a acestor boli se întîlneşte, de asemenea, în anumite locuri unde se folosesc în comun mijloace de igienă corporală, pe care ciupercile de la picioare se depun şi stau un timp îndelungat, trecînd în această perioadă la persoanele sănătoase care calcă pe aceste locuri. Aşa sînt sălile de duşuri din întreprinderile mari, de la cămine, internate, de la bazinele de înot, unde ciupercile provenite de la cei bolnavi se depun uşor pe grătarele de lemn şi de aci sînt luate de alte persoane.



La băile publice şi bazinele de înot mulţi din cei ce le frecventează iau boala datorită umezelii permanente întreţinute de apă. Şi sălile de sport pot fi, de multe ori, locul de contaminare cu ciuperci patogene.

Se pune problema : cum ne putem apăra împotriva acestor boli ?

Cel mai important lucru este, în primul rînd, să ştim că avem de-a face cu o micoză şi aceasta cît mai devreme. Este bine ca, îndată ce observăm o leziune ce poate fi suspectată a fi produsă de o ciupercă, să consultăm medicul specialist, pentru confirmare şi tratament. Din acel moment trebuie să înceapă şi desfăşurarea unor mijloace de prevenire şi de dezinfecţie. Dezinfectarea obiectelor care au venit în contact cu bolnavul trebuie făcută în orice formă de micoză, indiferent de locul ei de apariţie.

Cea mai bună metodă de dezinfecţie este fierberea ; desigur, aceasta se aplică numai pentru obiectele care pot fi supuse acestui mijloc : rufărie de corp şi de pat, ciorapi, chiloţi etc.

Cei îmbolnăviţi de o epidermofiţie a picioarelor este bine să nu poarte ciorapi din material plastic, care nu se pot fierbe, ci să prefere bumbacul sau lîna.

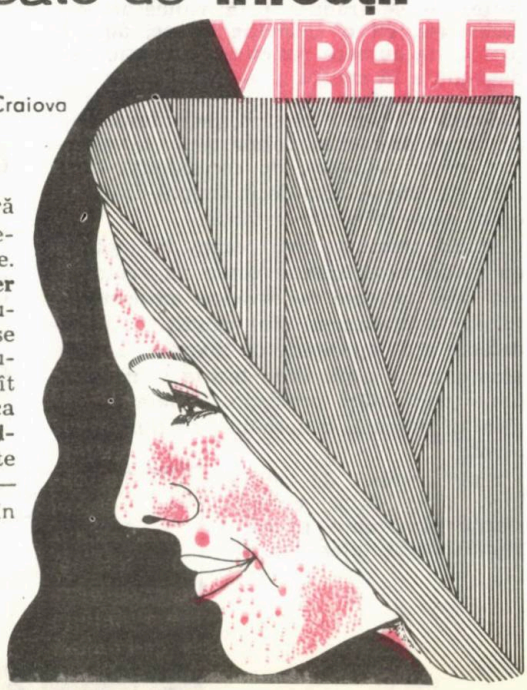
Există însă şi obiecte care nu pot fi dezinfectate prin fierbere şi la care nu se poate renunţa. Aşa este cazul cu încălţămintea purtată de bolnavii de epidermofiţie sau cu ciorapii de nailon, mai ales ai femeilor. Aceste obiecte se dezinfectează cu ajutorul formolului, în modul următor : într-o pungă de plastic, care nu prezintă fisuri, se introduc pantofii şi ciorapii ce urmează a fi dezinfectaţi. Alături de aceştia se aşază tampoane de vată îmbibată cu formol medicinal. Punga de plastic se leagă strîns şi se lasă aşa 48 de ore. Astfel se procedează, pe rînd, cu toţi pantofii, papucii şi ciorapii suspecţi de a purta pe ei ciuperca respectivă.

Este bine ca în locurile în care se folosesc în comun mijloace de igienă (băi, duşuri) să nu întrebuinţăm papuci, costume de baie sau halate care au fost folosite anterior de alte persoane, ci să le avem pe ale noastre, personale.

Măsurile de dezinfecţie arătate, alături de tratamentul prescris de medic, vor duce, treptat şi sigur, la reducerea numărului de cazuri de epidermofiţii şi onicomicoze.

Boli de piele provocate de infecţii VIRALE

CONF. DR. **AL. BĂDĂNOIU**
Clinica dermatologică
Facultatea de medicină a Universităţii din Craiova



Printre afecţiunile cutanate de natură infecţioasă se numără şi acelea care recunosc drept agenţi cauzali virusurile. Unele dintre acestea, cum ar fi **zona zoster** şi **herpesul**, mai sînt cunoscute şi sub numele de **epidermoneuroviroze,** vrînd să se sublinieze prin aceasta afinitatea virusurilor respective, atît pentru epiderm, cît şi pentru structurile nervoase. Altele, ca **verucile vulgare, verucile plane** sau **molluscum contagios** — atingeri desemnate cu termenul generic popular drept „negi" — pot îmbrăca aspecte pseudotumorale în stare să stîrnească false alarme.

Iată de ce am socotit utilă o prezentare orientativă a principalelor aspecte pe care le pot îmbrăca infecţiile virale ale pielii.

Să începem cu **verucile vulgare.** Întîlnite mai ales la copii şi la adolescenţi, dar neexceptînd nici pe adulţi, ele se prezintă ca nişte ridicături de culoare cenuşie, a căror mărime variază de la aceea a unei gămălii de ac, pînă la dimensiunile unui bob de fasole sau mai mari. De consistenţă fermă şi aspre la pipăit, ele se unesc, uneori, realizînd adevărate plăci verucoase.

Localizarea cea mai frecventă a verucilor vulgare se observă la mîini şi cu deosebire pe degete. Cu această ocazie vrem să atragem atenţia asupra unor situaţii particulare, fiind vorba în speţă de verucile dispuse în jurul unghiilor sau dedesubtul lor, varietăţi adesea dificil de recunoscut şi nu mai puţin de tratat.

Este locul să amintim şi de **verucile plantare,** aşezate pe tălpile picioarelor. De data aceasta dimensiunile lor sînt mai mari, ele fiind totodată şi dureroase, de unde apariţia unor dificultăţi la mers sau la statul mai îndelungat în picioare. În cazul în care sînt dispuse pe degete sau în zone de maximă presiune, verucile în cauză suferă modificări inflamatorii, ceea ce determină accentuarea simptomatologiei dureroase.

Verucile plane. O altă categorie de leziuni cutanate provocate de infecţia virală rămîn apanajul copiilor sau, în orice caz, al vîrstei tinere. Acestea apar mai ales pe tegumentele feţei, ca mici proeminenţe de culoare roşietică, avînd conţinut solid şi mărimea unui bob de linte, cu suprafaţa netedă-plană, ceea ce le conferă un caracter distinct.

Altă epidermoviroză — **molluscum contagios** — se traduce prin ridicături circumscrise, cît o gămălie de ac, dure la pipăit, de culoare roşietic-albicioasă, uşor deprimate în centru şi răspîndite, practic, numai pe faţă, la copii. O trăsătură proprie o constituie aici faptul că, prin desprinderea unei asemenea formaţiuni, se obţine „un miez" albicios, de consistenţă dură, care nu este altceva decît grupul de celule epidermice infectate cu virus.

Studii efectuate mai recent în legătură cu epidermovirozele evocate au arătat că mai ales formele recidivante, extensive şi rebele la tratament sînt condiţionate de defecte ale capacităţii de apărare a organismului, la copii fiind legate şi de existenţa unei stări predispoziţionale pentru astm şi eczemă, cunoscută sub numele de **atopie.**

Sînt demne de reţinut încă alte două circumstanţe şi anume, pe de o parte, posibilitatea inoculării prin contact a virusului din verucile vulgare pe mucoasa genitală şi pe tegumentele perigenitale, zone pe care se dezvoltă, în consecinţă, vegetaţii, iar pe altă parte, însămînţarea leziunilor de molluscum contagios pe pielea regiunii genitale şi perigenitale, în urma contactului sexual cu o persoană prezentînd aceleaşi leziuni.

Un aspect particular al infecţiilor virale de care ne ocupăm se realizează pe mucoasa genitală **(papiloamele genitale** şi **perigenitale,** cunoscute şi sub numele de **vegetaţii veneriene).**

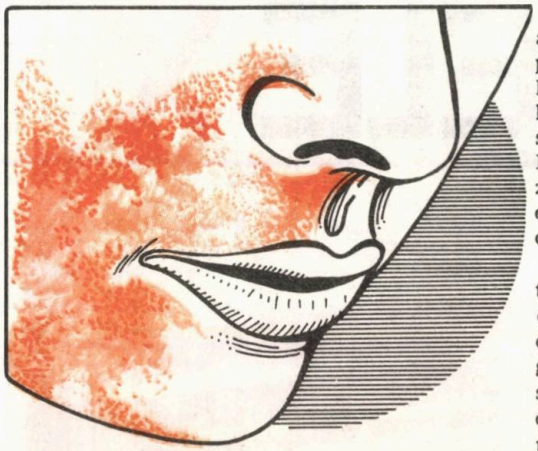
De regulă boala se transmite prin contactul sexual cu purtătorul (purtătoarea) unei asemenea infecţii şi apare mai întîi sub forma unor mici reliefări de aspect cărnos-roşiatic, de dimensiunile unei gămălii de ac. Neglijate sau ignorate, acestea se măresc, luînd aspectul de netă proeminenţă, cu suprafaţa vălurită şi crestată, de mărimi apreciabile, putînd uneori conflua în formaţiuni de aspectul unei conopide.

Mai amintim aci **uretritele virale,** şi ele sexual-transmisibile, caracterizate prin secreţie uretrală mucoasă sau purulentă, însoţită de jenă spontană sau la urinare.

În rîndul infecţiilor virale ale epidermului, merită a fi reţinută şi o tumoare care, deşi benignă, trebuie recunoscută şi tratată corect şi la timp. Ne referim la **kerato-acantom.** Acesta se localizează mai ales pe părţile descoperite — şi în special pe mîini şi pe faţă —, ceea ce dovedeşte că inocularea infectantă se produce din afară. Aspectul său este acela de ridicătură rotund-emisferică, roşiatică, fermă la pipăit şi prezentînd un semn caracteristic, anume existenţa în centrul său a unui „dop" cornos, de culoare închisă.

Deosebit, însă, de virozele cutanate despre care am vorbit şi care au un tropism strict epidermic, fiind cel mai adesea lipsite de semne subiective importante, grupa epidermoneurovirozelor despre care aminteam la început se distinge prin cointeresarea cutaneonervoasă, de unde simptome subiective supărătoare. Se înscriu aici **zona zoster** şi **herpesul.**

Zona zoster, mai frecvent întîlnită la adulţi, dar putînd atinge şi vîrstele mai tinere, începe întotdeauna cu dureri ce coincid cu traiectul unui nerv: facial, intercostal, abdominal etc. Adesea, datorită intensităţii durerilor preeruptive, boala poate fi confundată cu o nevralgie, cu o criză de rinichi sau de ficat.



După o zi sau două apar şi simptomele cutanate. Mai întîi, tot pe traseul nervului afectat, survin nişte pete roşietice, dispuse linear, pentru ca în zilele următoare, pe acest fond, să se dezvolte băşicuţe mici, pline cu un lichid clar care, ulterior, fie că se usucă, formînd o crustă, fie că se tulbură şi apoi se crustifică. La vîrstnici, ca şi la persoanele atinse de boli debilitante, veziculele în cauză se pot necroza sau ulcera, de unde o evoluţie mai puţin favorabilă.

O complicaţie redutabilă a zonei zoster o constituie persistenţa durerilor după vindecarea leziunilor cutanate. În asemenea circumstanţe, durerile durează chiar luni de zile, rămînînd destul de greu de influenţat.

Mai des întîlnit decît zona zoster este **herpesul.** Această infecţie epidermoneurotropă se realizează mai întîi ca **primoinfecţie herpetică,** de obicei la vîrsta copilăriei, fie sub forma unei stomatite, fie ca infecţie, din punct de vedere clinic asimptomatică.

Ulterior, însă, boala poate să reapară ca **herpes recidivant,** recidivele fiind generate de răceli, de stări febrile, de tulburări digestive, de expuneri exagerate la soare, de ciclul menstrual ş.a.

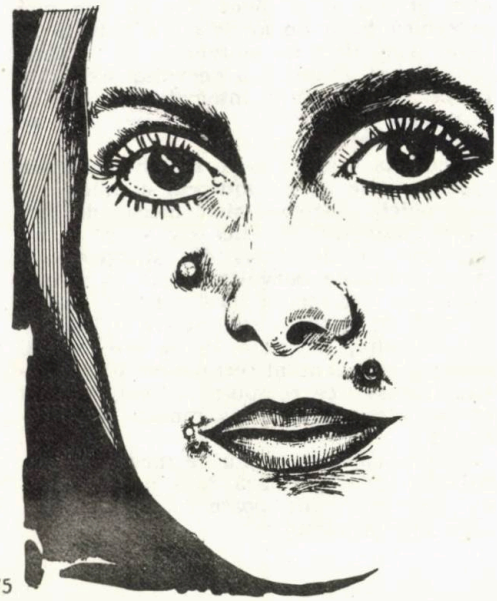
În ce constau simptomele bolii ? Erupţia este precedată de arsuri, înţepături sau mîncărimi pe zona de piele dată, după care — într-un interval de 24—48 de ore — apare o pată roşiatică, pe faţa căreia se dezvoltă apoi un buchet de cîteva băşicuţe cît o gămălie de ac sau mai mari. După cîteva zile acestea se usucă şi se acoperă cu cruste. Localizarea herpesului poate fi din cea mai diversă, el apărînd pe buze, la nas, pe frunte, pe fese, la degete etc.

Deosebit însă de aceste localizări, un loc aparte îl deţine **herpesul genital.** Dispusă pe învelişul cutanat sau mucos al organelor genitale externe, această formă de herpes se comportă, din punct de vedere simptomatic, în felul descris mai sus. Dacă el este aşezat pe faţa mucoasă veziculele se rup, în locul lor apărînd o eroziune pruriginoasă sau dureroasă, ce se cicatrizează în zilele următoare.

Recidivele sînt aci capricioase, ele putînd surveni la scurte intervale de timp or, dimpotrivă, după luni sau ani. Oricum ar fi însă, se ştie astăzi că herpesul genital se transmite în cursul contactului sexual cu o persoană bolnavă. De aici o concluzie practică-profilactică : persoanele prezentînd un herpes genital florid trebuie să evite contactul sexual, altminteri existînd riscul infectării partenerei (partenerului). Dacă la cele spuse mai adăugăm şi un alt risc ce decurge din infecţia herpetică genitală la femei, anume acela al dezvoltării unor modificări de col uterin cu potenţial ridicat de transformare malignă, se înţelege pentru ce măsurile profilactice evocate au valoarea unor adevărate „măsuri de siguranţă".

Din cele arătate reiese că în zilele noastre infecţiile pielii provocate de virusuri îmbracă numeroase şi diverse aspecte clinice.

Pentru un diagnostic corect şi — prin urmare — în vederea instituirii unui tratament corespunzător, este indispensabil sfatul medicului dermatolog.



sînt RAZELE X PERICULOASE

PENTRU ORGANISMUL OMULUI?

Omul, produs al naturii şi al evoluţiei speciilor, îşi construieşte singur propria-i civilizaţie, bunăstare şi un trai mai îmbelşugat. Pentru aceasta şi-a luat ca aliat ştiinţa şi a făcut din ea cea mai puternică forţă de modelare a naturii. În toate domeniile de activitate, în ultima sută de ani, ştiinţa s-a dezvoltat exploziv, pe perioade a căror intensitate creşte, în progresie geometrică, pe măsură ce se apropie de zilele noastre.

Medicina a ajuns şi ea să aibă rezultate spectaculoase şi, cu ajutorul chimiei, al electronicii, electrotehnicii, mecanicii, biologiei, ingineriei genetice etc. — ca să nu amintesc decît cîteva din ştiinţele cele mai importante dezvoltate mult în ultima vreme — a ajuns să prelungească media de viaţă de la 40 de ani, cît era la începutul secolului, la peste 70 de ani, astăzi. Este un fapt general recunoscut şi demonstrat statistic că cel puţin o dată în viaţă un om este salvat de la moarte de medicină.

Dintre toate specialităţile medicinii, radiologia, relativ tînără faţă de celelalte, s-a dezvoltat mult, poate cel mai spectacular faţă de vîrsta ei.

Descoperirea radiaţiilor X de către Wilhelm Conrad Röntgen, la 8 noiembrie 1895, a produs senzaţie în rîndul oamenilor de ştiinţă, dar în special printre medici.

Să poţi „vedea" în interiorul corpului omenesc era, pentru acea perioadă, un fapt miraculos. Se vorbea pe atunci de posibilitatea de a „vedea" toate bolile, de a pune cu precizie diagnosticul, reuşind astfel să fie tratate cu maximum de eficienţă.

Pe atunci însă, practica a infirmat acest optimism, din cauza faptului că radiaţiile X „văd" altfel decît vederea obişnuită, imaginea fiind formată de absorbţia lor în organism, la aceasta adăugîndu-se posibilităţile rudimentare ale aparaturii şi priceperea redusă a medicilor. Prin 1930, diagnosticul radiologic se adresa aproape exclusiv scheletului şi era puţin răspîndit. Nu se punea bază pe el. A fost epoca de aur a clinicienilor. Diagnosticele magistrale se bazau, în special, pe ceea ce numim şi astăzi „fler clinic".

După 1945, în toată lumea s-a dezvoltat o radiologie nouă, bazată pe o tehnică deosebită, pe automatizare, viteză mare în obţinerea imaginilor, tomografe, arterio-

grafe, aparate cu televiziune cu circuit închis, radiocinematografie şi multe alte perfecţionări, care au culminat cu **tomodensitometrul,** aparatul care efectuează examenul controlat şi citit de computer, aparat ce permite vizualizarea leziunilor incipiente chiar din părţile moi ale corpului. Această complexitate de aparate moderne a pus la îndemîna medicilor instrumente perfecţionate pentru investigaţie. Confruntarea datelor radiologice cu cele clinice, cu examenele morfo- şi fiziopatologice au ridicat foarte mult calitatea diagnosticului radiologic al interpretării imaginilor. Astăzi sînt descoperite leziuni incipiente, pot fi studiate funcţiile unor organe, se fac depistări în masă pentru bolile pulmonare, sînt controlate prin mamografie mii de femei pentru depistarea cancerului la sîn. Stomatologii îşi controlează diagnosticul şi tratamentele efectuate aproape exclusiv cu radiografii dentare. Aproape toate operaţiile din chirurgia mare sînt precedate de mai multe examene radiografice, considerînd radiografia un adevărat „ghid" ce conduce actul operator.

Dar, oare, această „inflaţie de examene radiografice" nu este periculoasă ?

Pe lîngă avantaje, aceste radiaţii ce pătrund în corpul nostru nu pot face şi rău? La aceste întrebări a răspuns, încă de la începutul secolului, Henry Antoine Becquerel (1852—1908), descoperitorul radioactivităţii naturale.

Becquerel fusese profesorul soţilor Curie şi, după ce aceştia au reuşit să separe o cantitate foarte mică de radium, el, mîndru de această realizare, a purtat multă vreme eprubeta cu substanţa radioactivă în buzunar, arătînd-o prietenilor şi altor savanţi, cărora le făcea tot felul de demonstraţii. Dacă ar fi bănuit ce efecte îngrozitoare pot produce radiaţiile de radium ar fi fost mult mai prudent ! Acolo unde corpul său a fost timp îndelungat supus acţiunii radiumului, s-a produs o rană care semăna cu o arsură, avînd tegumentele pigmentate în jur, rană care nu se vindeca ci, din contră, se agrava, cu toate tratamentele aplicate.

Intrigat de această întîmplare, pentru care pe acea vreme nu exista o explicaţie, Pierre Curie a încercat pe propriul său corp, sub controlul cîtorva medici, o experienţă asemănătoare. Astfel, în 1906 a fost descoperită şi studiată acţiunea nocivă a radiaţiilor emise de radium.

Pentru a înţelege în ce constă acţiunea nocivă a radiaţiilor trebuie să vedem ce fenomene se petrec în interiorul materiei străbătută de radiaţiile X.

Materia este formată din atomi. Se bănuia acest fapt încă din antichitate, cînd Democrit (460—390 î.e.n.), combătînd teoria lui Anaxagora, care susţinea că materia este divizibilă la infinit, ajunge la concluzia logică, potrivit căreia, din diviziune rezultă o particică foarte mică, invizibilă cu ochiul liber, care nu mai poate fi secţionată, motiv pentru care a numit-o „atomos".

Abia în secolul al XIX-lea, un profesor de fizică şi matematică, John Dalton, dă prima explicaţie ştiinţifică a atomului, iar în 1911 Rutherford imaginează modelul atomului care, în 1935, este îmbunătăţit de Niels Bohr. Ei au imaginat un nucleu în jurul căruia pe orbite se deplasează electronii, asemănător oarecum cu sistemul nostru solar. Această descriere nu corespunde corect realităţii ; ea are mai mult scopul didactic de a prezenta, pe înţelesul majorităţii oamenilor, imaginea atomului. A fost destul de usor ca prin aceste comparaţii să se realizeze o descriere sugestivă a atomului, dar a-l arăta în forme concrete, aşa cum este el în realitate, extrem de complex, cu niveluri de energie în permanentă mişcare, pulsaţie, este aproape imposibil. Teoriile abstracte, care pentru fizicianul atomist sînt simple, par profanului aproape imposibil de conceput. Toate comparaţiile cu care se încearcă să se construiască o imagine cît mai inteligibilă şi corectă rămîn superficiale şi incomplete.

Ceea ce ne interesează pe noi, pentru a explica de ce radiaţiile X trec prin corpuri, este faptul că între nucleul atomic şi orbita electronului cel mai apropiat de nucleu se află o distanţă foarte mare. Dacă am reuşi să mărim atomul de hidrogen, care are un singur electron, pînă cînd nucleul ar ajunge la dimensiunea unei mingii de fotbal, atunci electronul ar fi cît un bob de mazăre — de 1 836 de ori mai mic decît mingea de fotbal — şi s-ar afla pe o orbită la 23 de km departe de nucleu. Distanţa dintre nucleu şi electron este aşa de mare, încît se poate afirma că cea mai mare parte a atomului este de fapt un spaţiu gol. Acest spaţiu gol, proporţional cu substanţa materială a atomului, dacă am putea să-l eliminăm şi să îndesăm electronii şi nucleele, atunci un bloc cu 20 de etaje s-ar transforma într-un bob de materie cu diametrul de cîteva miimi de milimetru, vizibil numai la microscop.

Radiaţiile X, asemănătoare cu cele ale substanţelor radioactive, au lungimea de undă măsurată cu subdiviziuni de Å (angstrom), o unitate ce reprezintă a zecea milioană parte dintr-un milimetru. Cu lungimi de undă aşa de mici, radiaţiile pot să treacă nestînjenite prin spaţiile libere din interiorul atomilor şi astfel să străbată corpuri întregi, fără a fi simţite.

Totuşi, după unele legi ale întîmplării, la baza cărora stau : grosimea corpului străbătut, densitatea elementelor constitutive, numărul atomic al acestor elemente care indică numărul electronilor, cantitatea de particule materiale şi mărimea nucleului, precum şi în funcţie de lungimea de undă a fasciculului de radiaţii, o parte din radiaţii nu pot să treacă. Explicînd foarte simplist, ele se ciocnesc de electroni, de nuclee şi, practic, sînt absorbite în corpul străbătut. Această absorbţie stă la baza formării imaginii radiologice şi, în acelaşi timp, este cauza acţiunii nocive a radiaţiilor.

Celulele organice din care este construit corpul omenesc sînt foarte mari în raport cu atomii. Ele conţin mii de atomi într-un aranjament complicat, în primul rînd sub formă de elemente chimice sau molecule. Molecula este cea mai mică particulă a unei combinaţii chimice şi a fost descrisă de Amedeo Avogardo di Quasegna, un jurist pasionat de fizică, ce a trăit la începutul secolului nostru. Tot el i-a dat şi numele, de la latinescul **moles,** care înseamnă masă-mică.

În interiorul unei celule organice se produc complicate schimburi chimice la nivelul moleculelor şi, mai exact, între atomii lor constituenţi. Celula prezintă deci un echilibru de fenomene care sînt, de fapt, cu totul altceva decît simpla sumă a părţilor sale componente, ele fiind rezultatul unor funcţiuni ce definesc viaţa. Simpla alăturare de molecule organice şi anorganice, chiar dacă reprezintă cantitativ suma exactă a conţinutului unei celule vii, nu reprezintă, de fapt, celula. Acest fenomen nu poate fi explicat cu uşurinţă, el fiind urmarea unei organizări ce integrează funcţii de ansamblu intermoleculare, ce au evoluat de-a lungul a mai multor miliarde de ani şi care astăzi sînt numite simplist **metabolismul substanţelor vii.** Studii în acest sens au fost aduse de George Palade, savantul român care, pentru studiul celulei, a primit în 1974 premiul Nobel.

În momentele de bombardare, pentru că examenele radiologice sînt de fapt un fel de bombardamente ale celulelor vii cu radiaţii electromagnetice, am amintit că se produce o absorbţie de radiaţii. Ei bine, această absorbţie determină, prin ciocniri, o serie de modificări în interiorul atomilor, dintre care, cea mai importantă este ionizarea. Unitatea de energie, izbind un electron, poate să-l smulgă din atomul lui şi să-l permute în altul. De asemena radiaţia deviată de impact se poate alătura, sub forma materială, altui atom vecin. Prin ionizare atomii capătă sarcină electrică, devin ioni negativi sau pozitivi. Se produce astfel un dezechilibru în interiorul moleculelor şi în special la nivelul funcţiilor de ansamblu intermoleculare, ce definesc metabolismul substanţei vii.

Acţiunea vătămătoare a radiaţiilor se mai manifestă şi prin cumularea de mici doze în timp îndelungat.

Astfel, celula vie suferă — îşi măreşte intensitatea funcţiilor interne şi îşi scurtează viaţa — moare mai repede sau, invers, îşi reduce metabolismul şi intră într-un declin ce o duce, de asemenea la moarte.

Dacă conţine unii factori genetici sau suportă şi alte influenţe din afară — traumatisme, viroze, substanţe chimice, dezechilibre hormonale — atunci viaţa ei devine anarhică, se transformă într-o celulă apropiată ca funcţiuni cu una embrionară a aceluiaşi ţesut, o celulă patologică pentru organism, prin hiperfuncţia sa anarhică şi poate deveni o celulă canceroasă. Şi această explicaţie suferă inconvenientul amintit în acest articol, şi anume, este mult prea simplistă — de fapt nu corespunde realităţii decît în măsura în care urmăreşte să sugereze posibilitatea unor transformări organice, ca urmare a nocivităţii suportate de elementele vii din partea radiaţiilor electromagnetice.

Nu toţi oamenii suportă examene radiologice şi nu toţi oamenii sînt expuşi la iradiere electromagnetică profesională sau accidentală şi, cu toate acestea, se vorbeşte de un fond nociv de radiaţii.

Becquerel a fost iradiat de o substanţă care se găseşte în natură ; chiar el a făcut studii asupra radiaţiilor naturale emise de corpurile radioactive, precizînd că aproape

toate substanţele anorganice au şi o parte componentă instabilă — radioactivă.

Aceasta înseamnă că în natura înconjurătoare pietrele, munţii, apa, toate elementele anorganice ce se află în jurul nostru pot să emită unele radiaţii cu efecte nocive asupra corpului uman. Dar acestea sînt aşa de mici încît rareori — şi numai în cazuri excepţionale — pot produce accidental iradieri mai importante.

Dar oare numai acesta este fondul de radiaţii ?

Profesorul Albert Gockel, un pasionat al călătoriilor cu balonul la mare înălţime, descoperă că pe măsură ce se înalţa, depărtîndu-se de pămînt, deci de radiaţiile rocilor cu componente radioactive, radiaţiile din atmosferă în loc să scadă, cum ar fi fost logic, creşteau. Acest fapt a născut presupunerea că unele radiaţii vin din Cosmos. Wiktor Hess studiază aceste raze şi le numeşte **radiaţii cosmice,** studiu pentru care, în 1927, primeşte premiul Nobel. El demonstrează că majoritatea radiaţiilor cosmice sînt oprite de atmosferă, dar că unele, cele cu energie deosebit de mare, ajung pe pămînt şi pătrund chiar adînc în el.

Experienţele atomice au sporit fondul de radiaţii naturale, răspîndind stronţiu radioactiv pe mari suprafeţe ale Terrei. Deşeurile de la unele reactoare scufundate în mare contribuie şi ele la creşterea fondului natural de radiaţii, prin iradierea florei şi faunei marine.

Iată, foarte pe scurt prezentat, un tablou al pericolului ce-i poate aduce unele prejudicii omului şi vieţuitoarelor, în general.

Acest „pericol" a existat dintotdeauna ; în condiţiile lui s-a creat viaţa ; este posibil ca el să fi contribuit la aceasta şi sigur s-a creat un echilibru în interiorul căruia noi trăim.

De la răspîndirea pe scară foarte largă a examenului radiologic şi, în general, a binefacerilor energiei atomice, iradierile au crescut foarte mult şi au pus probleme oamenilor de ştiinţă. Să luăm un exemplu banal : în timpul unei radiografii fasciculul de radiaţii pătrunde şi trece prin corpul omenesc, dar o parte din el este absorbită, putînd să producă unele mutaţii moleculare prin ionizare. Încăperea în care se efectuează examenul primeşte o baie de radiaţii secundare, terţiare, născute din corpul bolnavului, din mobilier, din pereţi şi pardoseală. În timpul emisiunii întreaga încăpere se iradiază, împreună cu toţi oamenii din ea. Pericolul trebuie cunoscut la justa lui valoare şi diminuat prin măsuri de protecţie adecvate. Trebuie amintit că radiaţiile secundare, terţiare etc. au lungimi de undă din ce în ce mai mari şi sînt din ce în ce mai puţin penetrante, putînd să fie oprite chiar de haine.

Persoanele expuse la radiaţii, dacă nu respectă cu stricteţe măsurile de protecţie, prin acumularea de doze în timp îndelungat, pot suferi unele acţiuni vătămătoare, şi anume :

— leziuni ale pielii, care se manifestă prin piele uscată, modificări de pigmentare sau, în cazul cel mai grav, prin apariţia de ulcere trofice cu potenţial de malignizare ;

— leziuni ale organelor ce produc sînge, cu apariţia anemiei, la început pe seria albă, apoi pe cea roşie, cu forma cea mai gravă — leucemia ;

— leziuni ale organelor de procreare, prin moartea spermatogoniilor la bărbaţi şi a foliculilor maturi ovarieni la femeie, fenomene ce duc la sterilitate ;

— leziuni ale oului fecundat în primele luni de sarcină, ce pot produce malformaţii la nou-născut. După 5—6 luni de sarcină, embrionul nu mai este sensibil în mod special la radiaţii ;

— leziuni ale ochilor, la care se pot produce cataracte prin ionizarea cristalinului şi, ca un corolar al însumării tuturor acţiunilor nocive ale radiaţiilor X, unii autori le acuză de producerea unei îmbătrîniri precoce.

La Congresul anual al Societăţilor de cercetări asupra radiaţiilor, care s-a ţinut în 1981 la Minneapolis (Minnesota), s-au stabilit o serie de concluzii asupra nocivităţii dozelor slabe de radiaţii suportate de oameni, şi anume :

— producerea cancerului este primul efect somatic tardiv al radiaţiilor. Riscul producerii cancerului de sîn, de tiroidă, de plămîn este superior celui ce produce leucemii ;

— tumorile apar, în general, la zece ani după iradiere, dar perioada în care pot să apară se întinde pînă la 30 de ani. Leucemiile apar de obicei după 2—3 ani ;

— radiaţiile pot produce cancer, practic în toate tipurile de ţesuturi ;

— riscul de producere a tumorilor maligne variază considerabil cu vîrsta persoanelor expuse. Pentru cancerul de sîn, de exemplu, adolescenţa la femei este o perioadă critică, în cursul căreia orice expunere trebuie evitată ;

— experţii comisiei au fost incapabili de a determina dacă dozele foarte mici sînt nocive sau nu, deoarece doze foarte mici pe an, acumulate mai mulţi ani la rînd, pot produce cancer într-o proporţie semnificativă ;

— unii oameni par mai sensibili decît alţii la producerea de tumori maligne, dar nu se poate încă determina această predispoziţie genetică ;

— dacă mai multe generații ale aceleiași populații suportă iradieri, rezultă o creștere considerabilă a malformațiilor genetice, care cresc de la 60 la 1 100 de cazuri, pentru un milion de oameni expuși ;

— nu există doze-prag sub care radiațiile să fie considerate complet inofensive. Există numai doze cu risc minim ;

— este mult mai gravă iradierea cu doze mici pe toată suprafața corpului, decît iradierea cu doze mijlocii a unei, porțiuni strict limitate, cum ar fi, de exemplu, o radiografie dentară.

Cunoscînd aceste date, încă din anul 1976, în țara noastră s-au legiferat măsuri importante de protecție a populației împotriva iradierilor.

Toate laboratoarele de radiații nucleare, ce cuprind și laboratoarele de radiologie, trebuie să îndeplinească anumite condiții de amplasare a aparaturii și de protecție a personalului. La noi iradierile întîmplătoare sau accidentale sînt practic excluse. Este interzisă iradierea femeilor însărcinate și diminuată iradierea copiilor. Se iau permanent măsuri de limitare a iradierii prin reducerea la strictul necesar a indicației de examene radiologice. Medicii trebuie să cunoască cît mai bine limitele și posibilitățile examenului radiologic, în vederea înlăturării excesului de investigații și a limitării indicațiilor acestora.

Trebuie reduse la minimum iradierile prin stabilirea exactă a acelor tehnici de investigație care să furnizeze maximum de informații, cu cele mai mici expuneri.

Nu se pot da cifre concrete ale numărului de examene radiologice ce pot fi suportate, dar cunoscînd că riscul este minim în condițiile de lucru legiferate la noi, trebuie precizat că examenul radiologic poate fi acceptat atunci cînd aportul pentru diagnostic este esențial, atunci cînd indicația este importantă pentru elucidarea cazului, în vederea recuperării omului bolnav, cu alte cuvinte examenul radiologic este un rău necesar, care nu poate fi evitat. Trebuie înlăturată părerea după care la orice caz de îmbolnăvire urmează a fi făcut un examen radiologic și combătut cu tărie obiceiul de a ceda în fața solicitărilor pacienților neavizați, care consideră, încă greșit, că a „vedea" în corpul omenesc este salutar pentru sănătatea lor.

Medicina noastră, medicina unui stat socialist, în care în toate domeniile de activitate se face simțită grija față de om, pune accentul pe aspectul preventiv al îmbolnăvirilor. Totuși, atunci cînd este cazul, justificat științific, medicii recurg la examenul radiologic, care este dezvoltat la cel mai înalt nivel, dar o fac parcimonios, în condiții optime de protecție, cu un minimum de risc pentru bolnav.

DR. **MIHAI RĂDULESCU**

Este bine să ne cunoaștem organismul, știind că...

— ...cele mai mici cantități de apă din organismul uman le conțin dinții (0,0014%) și firele de păr (4%) ;

— ...măduva osoasă produce zilnic 100 000 000 000 globule roșii și tot atîtea sînt distruse, în fiecare zi, în splină ;

— ...prin rinichi se filtrează 120 ml plasmă în fiecare minut, 180 l în 24 de ore, ceea ce înseamnă că într-un interval de 24 de ore tot sîngele se „curăță" trecînd prin rinichi de 30 de ori ;

— ...greutatea corpului omului este de 50 de ori mai mare decît a creierului ;

— ...în întreaga viață (circa 70 de ani) omul bea aproximativ 7 vagoane de apă (70 000 l) ;

— ...inima pompează în organismul omului 4 200 cm^3 de sînge pe minut, 2 520 l pe oră, aproape 60 de tone în 24 de ore și aproximativ 34 de garnituri de tren, a cîte 50 de vagoane-cisternă fiecare, într-o viață de 70 de ani ;

— ...părul omului crește în medie, anual, 40 cm, iar unghia 6 cm ;

— ...pielea corpului omenesc are o suprafață de 1,5–2 m^2, iar grosimea de 1 mm ;

— ...un fir de păr are durata medie de vîrstă de 12 ani ;

— ...glandele salivare ale omului produc zilnic 1 000 g salivă ;

— ...corpul omenesc are în componența sa peste 500 de mușchi, care însumează 1/2 din greutatea sa ;

— ...în scoarța creierului uman există 14 miliarde de celule nervoase ;

— ...cu toate regulile de igienă, pe întregul corp omenesc se găsesc aproximativ 100 000 000 de microbi;

— ...din 7 în 7 ani se reînnoiesc toate celulele corpului nostru.

I. MURGAN

interacțiunile MEDICAMENTOASE

Medicația modernă cuprinde chimicale numeroase și foarte active, iar consecințele sînt duble : pe de o parte progrese considerabile în tratamentul și profilaxia bolilor omului, pe de alta, riscuri crescute, derivate din agresivitatea multora dintre medicamentele actualmente disponibile.

În terapeutică este curentă asocierea mai multor substanțe active, care se administrează simultan bolnavului, fie separat, fie în același preparat farmaceutic (comprimate, capsule, siropuri, soluții injectabile, unguente etc.). Diferite studii arată că bolnavilor, în ambulatoriu, li se recomandă de către medic, în medie, 2–4 medicamente, la care se adaugă altele, luate fără prescripție. Numărul substanțelor administrate în timpul spitalizării variază, în medie, între 4–8, în unele cazuri particulare fiind mult mai ridicat.

Asocierea medicamentelor poate fi avantajoasă atunci cînd este rațională, crescînd eficacitatea terapeutică, micșorînd riscul reacțiilor adverse și ușurînd cooperarea bolnavului în respectarea schemei de tratament. De regulă, însă, numărul prea mare de medicamente, administrate simultan, determină o creștere a frecvenței efectelor nedorite și grevează, în mod inutil, costul tratamentului.

În ultimii ani au fost descrise numeroase interacțiuni medicamentoase, unele cu consecințe pozitive, altele dăunătoare.

Interacțiunile pot apărea înaintea pătrunderii medicamentelor în organism, ca urmare a unor fenomene de ordin fizico-chimic, sau după pătrundere, ca urmare a unor interferențe privind mișcarea și acțiunea medicamentelor în organism.

Incompatibilitățile sînt interacțiuni care survin înaintea pătrunderii medicamentelor în organism, cînd amestecarea a două sau mai multor substanțe poate determina fenomene de precipitare, complexare, hidroliză, lichefiere, modificarea culorii etc. În trecut, cînd farmacistul prepara asociații medicamentoase complexe, prescrise de către medic în formule magistrale, problema incompatibilității se punea frecvent, aceasta putînd duce la modificarea proprietăților terapeutice (mergînd pînă la inactivare sau la apariția de produși toxici) sau la realizarea unor forme farmaceutice necorespunzătoare. Odată cu dezvoltarea industriei farmaceutice s-a lărgit considerabil sfera preparatelor tipizate, comerciale, incompatibilitățile fiind practic rezolvate înainte ca medicamentele să ajungă în farmacie.

Incompatibilitățile sînt astăzi frecvente pentru soluțiile injectabile, atunci cînd acestea se amestecă în seringă sau, mai ales, în cazul soluțiilor perfuzabile intravenos. Aceste incompatibilități, puțin cunoscute, impun limitarea, în măsura posibilului, a amestecului mai multor substanțe în aceeași seringă sau în flaconul de perfuzie.

Alte interacțiuni medicamentoase, de ordin farmaceutic, survin în cadrul circulației medicamentelor în organism, atunci cînd ele se absorb, circulă prin sînge, se distribuie la țesuturi, sînt transformate, sînt eliminate. Astfel. *tetraciclina,* antibiotic mult folosit, formează compuși insolubili sau inactivi cu diferite metale – *calciu, magneziu, aluminiu, fier.* Absorbția antibioticului este mult diminuată și, odată cu aceasta, și eficacitatea sa, atunci cînd se administrează concomitent cu lapte, iaurt sau alte preparate lactate (care conțin calciu), cu antiacide gastrice folosite în ulcer (care conțin calciu, magneziu sau aluminiu), cu preparate de fier utilizate în anemii. Fenomenul poate fi evitat atunci cînd intervalul între administrarea tetraciclinei și cea a preparatelor menționate este mai mare de 2–3 ore.

Creșterea motilității intestinale prin *purgative* sau prin *metoclopramidă (Reglan)* scade absorbția unor medicamente, ca de exemplu, pe cea a *digoxinei.* Bolnavii cu insuficiență cardiacă, tratați cu acest digitalic, trebuie să fie atenți atunci cînd iau asemenea medicamente sau să le evite, deoarece digoxina este greu de minuit și trebuie dozată cu multă grijă.

Anticoagulantele cumarinice – de exemplu *Trombostopul,* care se folosește pentru profilaxia și tratamentul bolilor tromboembolice (în flebite etc.) – pot interacționa în mod periculos cu alte medicamente. Asocierea *Fenilbutazonei* (un antiinflamator-antireumatic) crește concentrația formei libere, active, de anticoagulant și poate determina accidente hemoragice la doze care, de regulă, sînt bine suportate de organism. Hipnoticele barbiturice, mai ales *Fenobarbitalul,* grăbesc

inactivarea Trombostopului, de aceea doza de anticoagulant trebuie crescută în timpul asocierii și micșorată atunci cînd tratamentul hipnotic este oprit, pentru a asigura eficacitatea la nivelul coagulării sîngelui, respectiv pentru a evita, ulterior, accidentele hemoragice. Aceasta impune intervenția medicului și efectuarea unor examene de laborator (timpul de protrombină etc.). Un alt exemplu privește *Tolbutamida,* o sulfamidă cu proprietăți antidiabetice. Asocierea de *Fenilbutazonă* sau de *Sulfafenazol* (o sulfamidă antibacteriană) poate provoca creșteri periculoase ale nivelului sanguin al Tolbutamidei, cu reacții hipoglicemice severe, pentru dozele obișnuite, anterior perfect suportate. *Trombostopul, Cloramfenicolul* (un antibiotic), *Izoniazida* (un chimioterapic antituberculos) cresc riscul reacțiilor toxice la *Fenitoină* (un antiepileptic), inhibîndu-i detoxificarea în organism. Asemenea asociații trebuie evitate.

O ultimă categorie de *interacțiuni,* cele de *ordin farmacodinamic,* se datoresc unor interferențe privind acțiunile medicamentelor la nivelul țesuturilor, organelor și sistemelor proprii organismului uman. Iată cîteva exemple. *Propranololul,* un medicament deosebit de util la bolnavii cu aritmii cardiace, angină pectorală sau hipertensiune arterială, are dezavantajul de a favoriza bronhospasmul, fiind contraindicat la astmatici. Mai mult, Propranololul împiedică efectul terapeutic al bronhodilatatoarelor simpatomimetice, de felul *Bronhodilatinului, Alupentului, Salbutamolului, Fenoterolului* etc. *Cafeina* (inclusiv băuturile care o conțin – cafeaua, ceaiul) și

miofilina micşorează eficacitatea *Persantinului şi Agozolului* la anginoşi. Tratamentul abuziv cu diuretice cu acţiune intensă, îndeosebi cu *Furosemid*, creşte riscul aritmiilor cardiace sub *tratament digitalic*. Asocierea de *Antideprin* (sau alte substanţe antidepresive din aceeaşi clasă) cu *Guanetidina* împiedică efectul antihipertensiv al acesteia, deci trebuie evitată. Administrarea concomitentă de *Prednison* sau alt medicament cortizonic şi de *Fenilbutazonă* măreşte considerabil pericolul apariţiei sau agravării ulcerului gastroduodenal sub influenţa celor 2 medicamente, ambele cu proprietăţi ulcerigene. Asocierea unor antibiotice – de exemplu *Penicilina G* şi *Tetraciclina* – micşorează, în anumite condiţii, eficacitatea lor terapeutică în infecţii. Alte antibiotice, folosite în acelaşi timp, pot fi cauză de accidente toxice grave. De exemplu, *Streptomicina, Kanamicina, Gentamicina* provoacă mai frecvent surditate sau tulburări renale, atunci cînd sînt asociate (ceea ce reprezintă o greşeală).

Cele de mai sus sînt numai cîteva exemple destinate publicului larg, menite să ilustreze riscurile utilizării fără rost şi necontrolat a multor medicamente deodată. În trecut, asocierile nu aveau obişnuit consecinţe, multe dintre substanţele folosite fiind puţin sau deloc active. În medicina modernă, beneficiind de un arsenal terapeutic bogat, activ, dar de multe ori agresiv, implicaţiile asocierilor medicamentoase neraţionale impun o grijă deosebită, atît din partea medicului şi farmacistului, care recomandă, respectiv prepară medicamentele, cît şi din partea celor mulţi, care le folosesc.

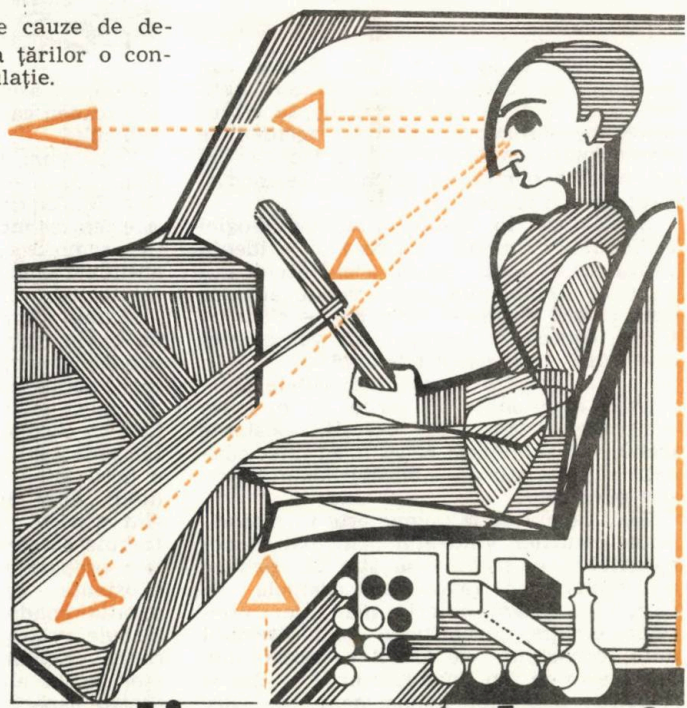
PROF. DR. **V. STROESCU**
I.M.F. Bucureşti

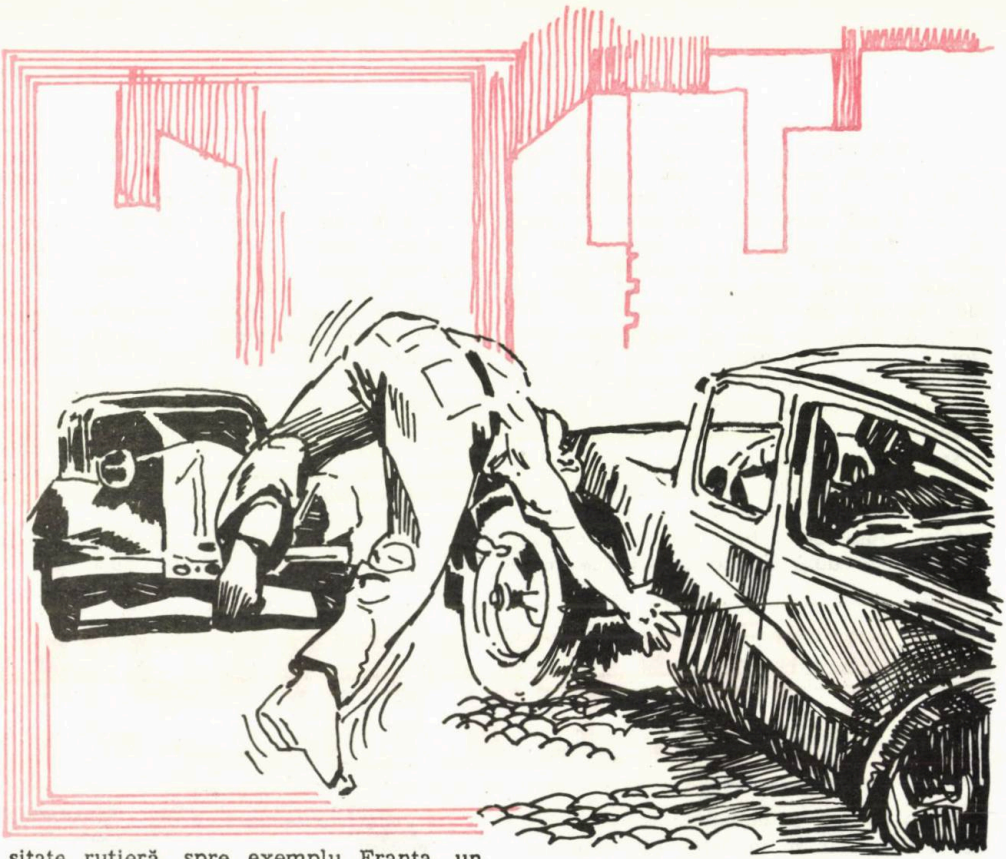
medicamentele şi conducerea auto

Una dintre principalele cauze de deces întîlnite în majoritatea ţărilor o constituie accidentele de circulaţie.

Ritmul vieţii moderne, mai ales în ţările puternic dezvoltate industrial, creează şi necesitatea unei circulaţii rapide şi intense. Acest fapt favorizează producerea accidentelor rutiere şi imprimă o patologie specifică acestui secol al vitezei. În ultimele decenii cauzele accidentelor de circulaţie au suscitat interesul multor categorii de specialişti, ca : tehnicieni, medici, psihologi, jurişti etc.

Studiile întreprinse de Organizaţia Mondială a Sănătăţii au scos în evidenţă faptul că astăzi mortalitatea prin accidentele de circulaţie, pentru grupele active de populaţie, este mai mare decît prin alte boli. Autori de prestigiu au arătat că la diverse congrese internaţionale se reliefa faptul că, în ţări cu mare den-





sitate rutieră, spre exemplu Franța, un locuitor din patru riscă în decursul vieții sale a fi victima unui accident de circulație, iar statisticile situează accidentele de circulație ca fiind cea de a treia cauză de deces a populației, după bolile cardiovasculare și cancer.

Specialiștii în domeniul epidemiologiei accidentelor rutiere au scos în evidență faptul că 80% din totalul accidentelor rutiere se produc din cauza conducătorilor auto și mai puține — circa 5% — sînt datorate aspectelor tehnice ale vehiculului sau stării drumurilor (circa 15%).

La noi situația nu prezintă cotele alarmante menționate în țările cu o mare densitate rutieră, dar cazurile existente trebuie să sublinieze necesitatea unei educații rutiere, atît a conducătorilor auto, cît și a pietonilor.

Dacă „omul de la volan" este în majoritatea cazurilor vinovatul principal al accidentelor, el trebuie să știe că, printre alți factori care favorizează dramele de circulație rutieră, pe prim plan stau : oboseala, emoția, nervozitatea conducătorului auto, consumul de alcool — acesta din urmă este de fapt inamicul nr. 1 — dar și folosirea anumitor medicamente de care trebuie să se ferească înainte sau în timpul conducerii.

Este deci foarte important ca cel care conduce automobilul să fie informat, pe lîngă alte reguli de igienă a circulației rutiere, și asupra medicamentelor care îi pot scădea capacitatea de a conduce autovehiculul.

După cum arată literatura de specialitate și unii autori de prestigiu (prof. dr. doc. M. Voiculescu, dr. C. Gorgos etc.), acestea se încadrează în grupele : narcotice, somnifere, tranchilizante, neuroleptice, antihipertensive, antiepileptice, antihistaminice etc.

Marele număr de medicamente aflate în uz devin, prin efectele lor secundare, o problemă pentru conducătorii auto. Cercetările moderne au arătat că acțiunea medicamentelor este în funcție de mai mulți factori, care se manifestă diferențiat. Astfel, spre exemplu, timpul de administrare a produselor, starea de sănătate a individului, doza administrată, obișnuința etc. sînt aspecte de care cel ce le folosește trebuie să țină seama. Chiar medicamentele preparate de farmacie pot conține substanțe ce influențează comportamentul conducătorului auto. Și acestea trebuie avute în vedere de medic la eliberarea rețetei, iar farmaciile să atragă atenția, la eliberarea produsului, asupra acestui aspect.

Dintre medicamentele care, pe lîngă efectele dorite, pot prezenta efecte secundare nedorite, cele amintite mai sus prezintă un pericol potențial pentru conducătorii auto.

Personalităţi medicale de prestigiu au ajuns la o serie de concluzii cu privire la medicamentele care prezintă riscuri.

Narcoticele de scurtă durată, folosite în mici intervenţii chirurgicale şi utilizate în anestezie (de exemplu extragerea unei măsele, incizia unui flegmon etc.), interzic conducerea auto pînă la vindecarea pacientului.

Acţiunea hipnotică a unor produse ca Ciclobarbital, Fenobarbital, Pasinal, Lauronil, Dormital, Noxiron etc. provoacă somn cu durată variabilă, iar altele, în diferite combinaţii, ca Bromoval, Extraveral, Lizadon, produc somnolenţă şi oboseală.

Tranchilizantele suprimă stările de emoţie, enervare, irascibilitate, avînd o acţiune deprimantă şi de relaxare musculară. Se menţionează Meprobamatul, Napotonul, Diazepamul, Noxironul etc. Ele pot produce, însă, şi tulburări nete de atenţie şi reacţie.

Produsele sedative, anticonvulsivante, deconectante şi antivomitive ale unor neuroleptice, ca Romtiazinul, Clordelazinul, Romerganul, Emetiralul etc., pot provoca şi tulburări neuropsihice prin somnolenţă, disocierea atenţiei etc.

Produse antihistaminice, ca Feniramin, Romergan, Nilfan, pe lîngă efectele antialergice în grade diferite sînt şi hipnotice, provocînd somnolenţă şi ameţeală.

Conducătorii auto care folosesc hipotensivele trebuie să ştie că aceste produse, odată cu tensiunea arterială, mai scad şi tonusul nervos. Persoanele mai în vîrstă care folosesc adesea aceste medicamente (Hipazin, Hiposerpil, Guanetidină, Hipopresol etc.) trebuie avizate asupra pericolului pe care acestea îl prezintă pentru conducerea auto.

Antispasticele care conţin substanţe de tipul beladonei, atropinei, papaverinei pot provoca tulburări de vedere, mai ales cînd sînt folosite în exces.

Produsele care relaxează sistemul muscular (de exemplu Trecid, Clorzoxazon etc.), ca şi unele produse cu efect anticonvulsivant (Fenobarbital, Fenitoin, Trepal etc.), devin riscante pentru conducătorii auto prin efectele secundare pe care le prezintă ; unele produc somnolenţă (Trecidul, ca relaxant, Fenitoinul), iar altele, excitaţie nervoasă (Fenobarbitalul).

Tot produse „riscante" pentru conducătorii auto sînt şi cele cu efecte stimulante, excitantele activităţii cerebrale, ca : Benzedrin, Cafeina etc. şi chiar... cafeaua. Aceasta, deşi este considerată de multe persoane ca un produs „salvator" după ingerarea unei cantităţi de alcool, totuşi, cercetările au arătat că, din contră, cafeaua potenţează efectele alcoolului şi deci lucrurile sînt cu totul schimbate faţă de ce sperau băutorii. Aşadar, decît cafea, este mai înţelept ca, după consumul băuturilor alcoolice, conducătorul auto să se odihnească şi abia după aceea să pornească la drum (prin odihnă înţelegînd un somn reconfortant).

Într-o foarte sugestivă formă educativ-sanitară, la Farmacia nr. 77 din Bucureşti, pe Bd. Gh. Gheorghiu Dej, sub titlul „Medicamentele şi conducerea auto", trecătorii sînt atenţionaţi, prin diferite panouri, asupra faptului că „sub efectul unor medicamente atenţia conducătorului auto se micşorează, situaţiile dificile sînt subapreciate, iar capacitatea de conducere scade".

Iată, aşadar, că numai medicul este acela care poate hotărî asupra produselor farmaceutice ce se pot eventual utiliza înainte sau în timpul conducerii auto.

Deci, stimaţi conducători auto, respectaţi cu stricteţe indicaţiile şi recomandările acestuia !

DR. FARM. **EMIL GHEORGHIU**

Fără cuvinte...

DESEN DE NIC. NICOLAESCU

Cîteva aspecte de-a lungul timpului, privind

ACTUL OPERATOR ŞI LUPTA CONTRA DURERII

La vechii asirieni, înaintea operaţiei, medicul obişnuia să prindă gîtul bolnavului într-un laţ (de frînghie) şi să-l strîngă în aşa fel, încît bolnavul să-şi piardă cunoştinţa, dar să nu se sufoce complet. Din timp în timp slăbea strînsoarea, dînd victimei posibilitatea să respire în voie de cîteva ori, apoi strîngea laţul iarăşi.

Deci, pe lîngă tortura cuţitului, se mai adăuga şi chinul strangulării repetate.

●

În Grecia antică, de mare faimă se bucura „piatra de Memphis", o varietate de marmură moale. Marmura se măcina bine, praful obţinut era amestecat cu oţet şi presărat pe locul viitoarei incizii. Se credea că porţiunea acoperită îşi pierde, temporar, sensibilitatea.

Fără îndoială, totul este o legendă.

●

În Evul Mediu se foloseau „licori" miraculoase, foarte scumpe, al căror secret era păstrat în mare taină.

Erau, de fapt, infuzii şi tincturi de plante, ca : laur, măselariţă, mătrăgună, mac, care dădeau bolnavului o stare de inconştienţă. Uneori operaţia reuşea, dar bolnavul nu se mai trezea, plantele respective fiind otrăvitoare.

●

A fost apoi moda luării de sînge înaintea operaţiei, ce lipsea bolnavul şi de puterea de a mai ţipa şi de a mai mişca. La aceasta se adăuga şi pierderea de sînge din timpul intervenţiei şi, în final, nu se mai ştia exact cauza morţii.

●

S-au folosit vinul sau alte băuturi alcoolice. Uneori anestezia era de-ajuns pentru intervenţie, dar, adeseori, bolnavul devenea periculos pentru medic.

●

S-au folosit timpul şi îndemînarea, operaţiile devenind adevărate concursuri de viteză. Aceste „jonglerii chirurgicale" erau urmărite cu ceasul în mînă. Nu rareori se făceau pariuri...

Iată şi două recorduri :

— desarticularea brațului din articulația scapulo-umerală dura 3 minute ;
— extracția unui calcul din vezica urinară, pe cale abdominală, dura sub 2 minute.

Cu o sută și ceva de ani în urmă, Velpeau — renumit profesor parizian —, făcînd bilanțul cercetărilor și încercărilor de a suprima durerile, a spus : „Cuțitul chirurgului și durerea sînt inseparabile. A face operații nedureroase este un vis care nu va fi niciodată realizat".

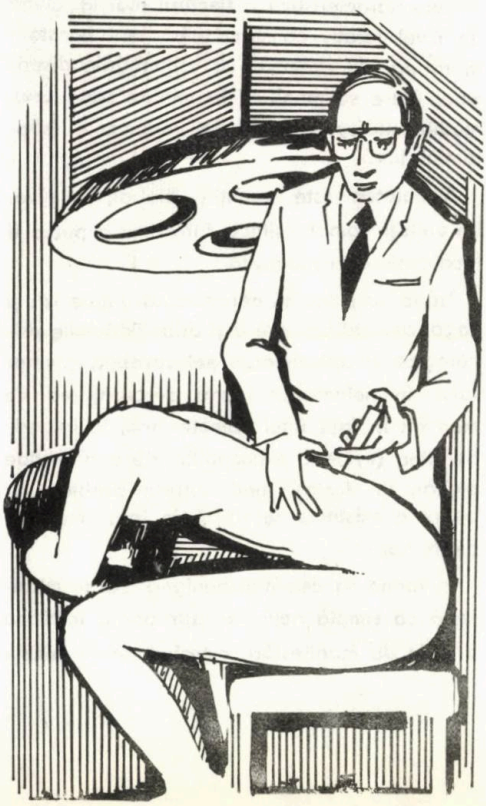
Dacă ar fi trăit cu cîțiva zeci de ani mai tîrziu, în mod cert și-ar fi schimbat părerea.

17 octombrie 1846. În clinica chirurgicală a Universității din Boston, profesorul Warren operează o tumoare mare tiroidiană, anestezist fiind William Morton, care folosește pentru prima dată eterul. Aceasta a fost prima anestezie generală din lume.

Anestezistul a adresat celor prezenți, următoarele cuvinte : „Gentlemeni, nu-i o înșelătorie !".

1847. Simpson folosește cloroformul, pacientă fiind regina Victoria, la una din nașteri.

Evenimentul a dus la o mare dispută în sînul clerului englez.



Înalții prelați susțineau că nu-i este îngăduit omului să înlăture durerea prin narcoză — mai cu seamă în timpul nașterilor — deoarece Sfînta scriptură scrie că femeia trebuie să nască în chinuri. Să faci ca nașterile să fie nedureroase însemna să calci poruncile date chiar de Dumnezeu.

Simpson răspunde clerului, susținînd că s-a purtat ca un fiu drept-credincios al bisericii, că a urmat pilda lui Dumnezeu, invocînd următorul citat din scriptură: „Dumnezeu a creat-o pe Eva, prima femeie, din coasta lui Adam, primul bărbat. Dar, înainte de a-i scoate coasta acea, Dumnezeu l-a cufundat pe Adam într-un somn adînc". Deci, spune Simpson, i-a extras coasta sub narcoză.

Sfîrșitul secolului al XIX-lea aduce în arsenalul anesteziei „cocaina", anestezic local, eficient, ce se mai folosește și astăzi.

Prima rahianestezie lombară a fost practicată de profesorul Bier, cu soluție de cocaină.

Savantul român Toma Ionescu (1860—1926) a elaborat tehnica rahianesteziei înalte, toracală și cervicală ; în felul acesta se poate anestezia tot corpul, chiar fața și capul.

Urmează epoca modernă, cînd durerea nu mai constituie un element de însoțire a actului operator.

DR. C. DUMITRACHE
medic primar
Institutul de endocrinologie

ANXIETATEA

boala secolului?

DR. **FLORIN TUDOSE**
medic principal psihiatru
Centrul de sănătate mintală Titan

Trăim într-o lume a schimbărilor rapide, a permanentelor întrebări și a unui trepidant dinamism. Mai repede, mai mult și mai bine sînt însemnele civilizației noastre industriale, a lui *homo faber*, stăpînind prin creatoarea sa inteligență forțele celui mai agitat secol din multimilenara sa existență.

Dar ca un neașteptat tribut al omului care face și stăpînește această lume de obiecte, care se supune voinței lui suverane, vom întîlni și reversul marii încordări prin care trece omul modern : *anxietatea*.

Definită de manualele medicale ca o stare afectivă dominată de neliniște, de teamă fără obiect, anxietatea, în toate formele ei manifeste, pare să fie totodată și cel mai frecvent simptom din medicină. Dealtfel, nu este un secret pentru nimeni că producția de medicamente tranchilizante este, în lumea medicamentului, cea mai dezvoltată, depășind, citiți bine, miliarde de tablete pe an !

Unii autori afirmă chiar că anxietatea este o stare caracteristică a fiecărui individ, avînd un nivel relativ constant, mult mai constant în raport, de exemplu, cu schimbările dispoziției (care se modifică în minute sau ore), modificîndu-se la intervale importante (săptămîni, luni).

Anxietatea este resimțită global, la nivelul unității somatopsihice, fără însă a putea fi localizată, deci precizată.

Trăită ca o teamă permanentă, imprecisă și vagă, anxietatea pare a-și afla rădăcinile psihologice în aproximarea nefavorabilă a viitorului, în neîncrederea sau descurajarea de moment în fața unui obiectiv nou, în imposibilitatea (evident, explicabilă) de a răspunde plenar, în același mod, tuturor problemelor pe care existența le ridică în fața fiecăruia dintre noi.

In forma sa cea mai benignă, ea se manifestă ca simplă neliniște, dar poate îmbrăca o serie de manifestări, mergînd de la crizele

de anxietate (atacuri de panică), pînă la nevrozele anxioase sau luînd complicatele căi ale stărilor fobice sau ale manifestărilor psihosomatice.

Bolile cardiovasculare (hipertensiunea arterială, infarctul miocardic, accidentele vasculare cerebrale), tulburările digestive, unele boli endocrine își au demonstrată limpede originea în stările de anxietate.

Vom nota doar o parte din echivalențele somatice ale anxietății : palpitații, tahicardie paroxistică, ameteli, slăbiciune, slăbirea sau pierderea cunoștinței, vasodilatație cutanată, lipotimii, cefalee pulsatilă, migrene, opresiune toracică, hiperventilație cu spasmofilie și parestezii, tremor muscular, „înmuierea" genunchilor, palpitații în zona epigastrică, greață, vărsături, flatulență, disconfort și dureri abdominale, precum și transpirații profuze.

După cum se poate cu ușurință observa, simptomele sînt foarte numeroase, putînd mima, pentru pacienți, o serie enormă de boli. De aceea, majoritatea lor ajung în servicii de medicină internă, în special de cardiologie, neurologie și chiar în cele chirurgicale, cînd, de fapt, ar trebui să se adreseze (sau să fie îndrumați) serviciilor de psihiatrie, simptomatologia descrisă cedînd cu ușurință și rapid la tratament specific și fiind deosebit de rebelă și generatoare de anxietate sporită, atunci cînd se aplică tratamentele obișnuite, simptomatice.

Manifestările recunoscute ca „psihice", pe care și pacientul le recunoaște ca atare, fără însă să și le poată explica în vreun fel, sînt: tensiunea emoțională, iritabilitatea, teama, timiditatea, frica de întuneric, de singurătate și de înălțime, subestimarea de sine, tulburările sexuale, neliniștea difuză, inexplicabilă.

In aceste cazuri asocierea unor metode psihoterapeutice la tratamentul medicamentos dă cele mai bune rezultate.

Subliniem, în încheierea scurtei noastre considerații, că departe de a fi în toate cazurile patologică, anxietatea ne însoțește existența, fiind uneori factorul dinamogen al activității noastre. Aceasta nu înseamnă că ridicarea nivelului peste anumite cote nu trebuie să constituie un semnal de alarmă, așa cum arătam anterior, necesitînd, ca atare, un tratament adecvat. Este semnificativ faptul că în perspectiva cercetărilor în domeniul psihofarmacologiei se profilează, ca prim obiectiv (în jurul anului 1987), controlul deplin al anxietății.

In ultimii ani, în tratamentul corect al acestei stări, lîngă grupa numeroasă a benzodiazepinelor s-au adăugat și betablocantele. Completînd major corectivele terapiei biologice, psihoterapia, cu variatele ei posibilități, efectuată de psihiatri, la care se adaugă măsurile de psihoigienă (evitarea suprasolicitării și stărilor conflictuale, regimul ordonat de viață, atmosferă familială senină etc., evitarea excitantelor de tipul cofeinei și nicotinei etc.), vin să întregească arsenalul terapeutic ce se opune celei mai frecvente stări patologice din medicina secolului nostru.

SOMNUL

această treime din viața noastră

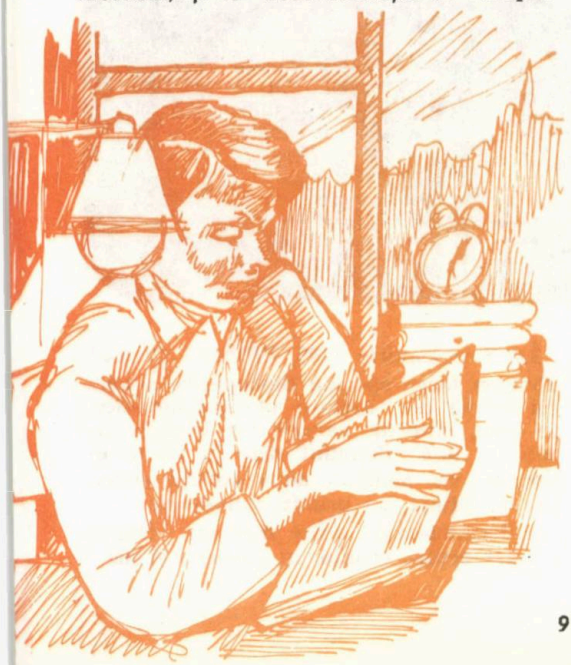
Considerat pînă nu de mult o stare pasivă de odihnă sau relaxare a corpului obosit, preocuparea pentru cunoașterea reală a fenomenului „somn" a început abia în ultimele decenii, cînd electroencefalografia, înregistrînd biocurenții cerebrali, a înlocuit cercetarea clasică bazată pe supraveghere și relatări subiective. Fotocinematografia corpului în somn, poligrafia contracțiilor musculare, odată cu urmărirea activității electrice a inimii (E.C.G.), pulsului, respirației și proceselor neurovegetative au dezvăluit că sub pasivitatea aparentă se desfășoară procese active menite să refacă organismul și să înmagazineze în memorie experiența trăită, făcîndu-l apt pentru efortul neurofizic al zilei următoare. Toate aceste investigații perfecționate n-au făcut decît să confirme dualitatea somnului cunoscută de romani, de la Lucrețiu, care descria un somn **liniștit** și altul **agitat.**

Acum se știe că somnul este alcătuit din derularea periodică a două stări : somnul **lent** sau **profund** și somnul **superficial** ori **paradoxal** sau **al viselor.**

După adormire parcurgem cu profunzime crescîndă stadiile I—IV ale somnului lent, în cursul cărora undele alfa, caracteristice stării de veghe, se șterg treptat. Concomitent se instalează relaxarea musculară completă. Dar, în mod neașteptat, s-a constatat că somnul cu vise este caracterizat printr-un contrast între adormirea profundă și traseul E.C.G. de somn superficial sau chiar de trezire. De aceea, a fost denumit **somn paradoxal.** Deși se doarme într-o atonie musculară totală, periodic survin mișcări rapide ale globilor oculari ; de aceea i s-a și dat denumirea de **somn al mișcărilor oculare rapide.** De asemenea, se mai produc secuse scurte, dezordonate, ale mușchilor periferici. În acest timp visăm. În cursul nopții fazele de somn paradoxal întretaie de cîteva ori desfășurarea somnului lent. Ambele faze — somn lent și somn paradoxal — formează un ciclu de somn. Succesiunea a 4—5 cicluri de acest fel formează somnul total. Pe măsura apropierii dimineții, în cadrul ciclurilor, durata somnului paradoxal crește progresiv, pe seama scăderii somnului lent. După cum s-a constatat prin înregistrări prelungite, somnul influențează în mod cert funcția mai multor organe. În prima jumătate a somnului scade tensiunea arterială și se rărește pulsul. La cardiaci apar neregularități ale bătăilor cardiace, așa-numitele extrasistole. Oscilația tensională din cursul somnului cu vise a fost implicată în accidentele vasculare, ca infarctul miocardic și congestia cerebrală. Într-adevăr, în aceste etape se evidențiază la cardiaci negativări ale undelor electrice, indicînd instalarea tranzitorie a ischemiei coronariene, chiar dacă cel ce doarme nu resimte dureri anginoase și nu se trezește. Incidente de acest fel au fost semnalate mai ales între orele 4 și 6 dimineața și la trezire. Efortul inimii în timpul somnului cu vise presupune participarea activă a organismului la secvențele care se succed. Un exemplu îl constituie înregistrarea unor mișcări de lateralitate a globilor oculari la individul care după trezire relata că a visat o partidă de ping-pong, în care urmărea atent deplasarea mingii. În timpul somnului lent respirația este rară și liniștită, dar în somnul cu vise devine neregulată, întretăiată de pauze și opriri temporare, cu senzație de sufocare. În cursul somnu-

lui paradoxal survine constant, erecția. O serie de unde descrise ca vîrfuri geniculo-occipitale pe E.E.G. ar fi expresia electrică a viselor. Acestea apar ca manifestări programate genetic, redînd informațiile acumulate de înaintași, dar și experiența trăită de noi. Sub forma imaginilor visate se exprimă idei, situații și soluții pe care conștientul, și anume cenzura scoarței cerebrale le-ar respinge, în stare de veghe, ca rezolvări necorespunzătoare sau inadmisibile pentru problemele de viață. De aceea somnul paradoxal poate fi etichetat ca „viață subconștientă". Toate aceste manifestări suferă o puternică influență din partea metabolismului intern, adică a stării de sănătate sau suferință a organismului. În derularea somnului un rol principal revine serotoninei, neurotransmițătorul cerebral care stabilește legături rapide între neuroni. În structura sa intră în primul rînd triptofanul, acid aminat care, deși poate fi sintetizat de sistemul nervos central, este procurat cu precădere din hrană. Cei vechi cunoșteau efectul favorabil asupra somnului al paharului de lapte băut seara la culcare ; este, de fapt, un aport de triptofan. Prețiosul acid aminat și-a făcut recent intrarea în terapeutică. Este atît un remediu al insomniei, cît și al stărilor depresive, întrucît serotoninei îi mai revine funcția de modulare a stărilor noastre afective. La întrebarea firească dar... „la ce folosește somnul ?" răspundem : este o recuperare din efortul fizic, o revenire după solicitarea neuropsihică.

Se atribuie, așadar, somnului o funcție predominant reparatorie. Organismul arde ziua o serie de elemente energetice (catabolism) și le reconstruiește în timpul somnului (anabolism). Astfel, secreția crescută, în cursul somnului lent, a hormonului antehipofizar somatotrop sau de creștere asigură dezvoltarea corpului la vîrstele mici și reconstituirile celulare la cele mari. Descoperirea somnului paradoxal, în timpul căruia activitatea nervoasă e destul de intensă, a dovedit că pasivitatea somnului este doar aparentă.



Se știe de multă vreme că un somn odihnitor favorizează procesul de memorizare. O serie de noțiuni se reține mai bine dacă după ședința de lucru urmează o perioadă de somn și nu una de veghe. Într-o anchetă recentă, efecuată pe cîteva mii de elevi și eleve, s-a descoperit o corelație între durata somnului și nivelul pregătirii. Majoritatea copiilor care dormeau mai puțin de 8 ore prezentau o întîrziere școlară de peste un an. Dacă memorarea unor elemente mai simple nu necesită un somn paradoxal suficient, reținerea unor noțiuni complexe suferă de lipsa lui.

Experimental, persoanele supuse lipsei somnului cu vise se plîng de o neliniște, indispoziție generală, nervozitate, oboseală și pierderea capacității de concentrare. La cei ce nu visează, studiul nu se transformă în date memorizate pe termen lung. O seară de studiu, urmată în mod normal de somn, are ca rezultat creșterea activității nervoase superioare, după cum demonstrează traseul E.E.G. și mișcările oculare — mai numeroase.

Obiceiul școlarilor de odinioară de a dormi cu cartea sub pernă, ca să „visez materia", afirmație a bunei însușiri a învățăturii, sînt simboluri intuitive ale acestor fenomene. **Așadar, învățați, dar și dormiți, fără nopți albe înainte de examen!**

Întrucît un somn odihnitor a fost apreciat totdeauna ca semn de sănătate, insomnia devine prilej de îngrijorare.

Precizarea existenței obiective a insomniei este dificilă, întrucît se bazează pe interpretări subiective, totdeauna exagerate. Uităm că durata somnului scade cu vîrsta : 16 ore la nou-născuți, 8 ore la tineri, sub 6 ore peste 70 de ani.

Persoanele care, trezindu-se noaptea, afirmă că n-au dormit aproape deloc, și-au întrerupt somnul doar 10—15 minute, potrivit înregistrărilor poligrafice — ceea ce este normal. Principiul „somn cu orice preț" trebuie să lase locul stabilirii cauzelor lipsei de somn. Acestea pot fi numeroase : neurophisice, dar și organice.

Adevăratul somnifer al insuficienței cardiace este Digitala, iar al emfizemului pulmonar, Miofilinul. Medicația insomniei trebuie să producă un somn cît mai apropiat de cel natural. Hipnoticele, cum sînt barbituricele (de exemplu, Fenobarbitalul), care produc un somn de durată, dar

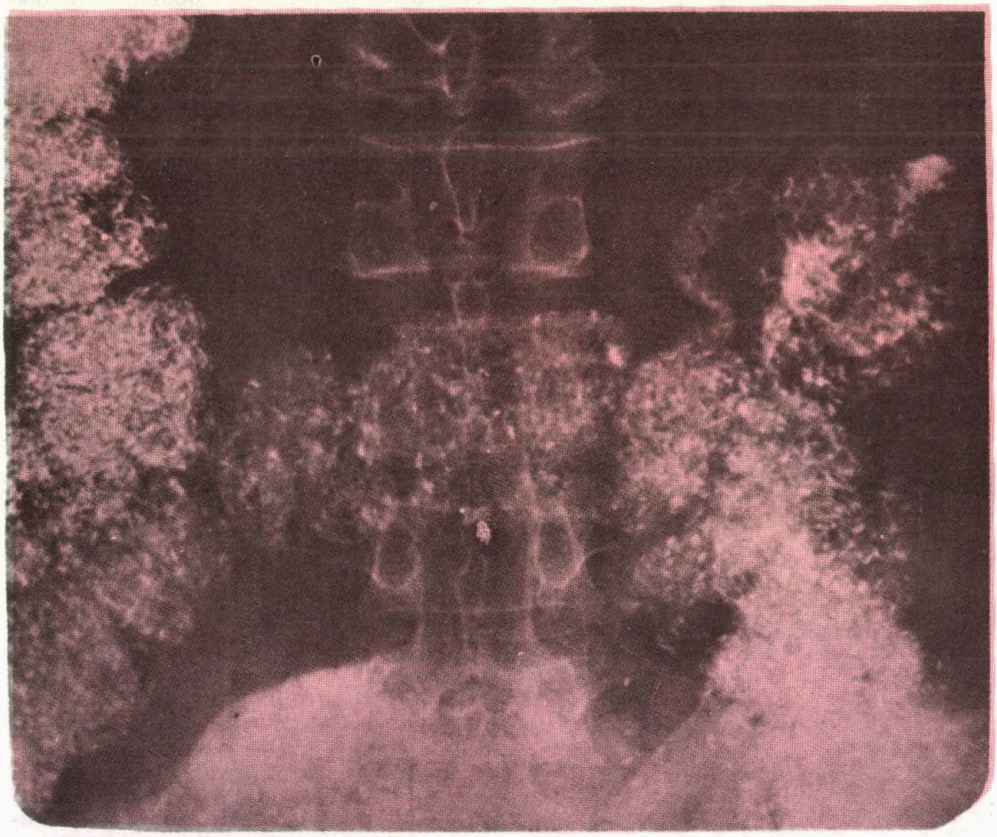
împiedică etapa cu vise, fac ca trezirea să fie anevoioasă, însoțită de astenie, senzație de cap greu și indispoziție.

Din cauza tensiunii nervoase, perioada de adormire este dominată de neliniște, iar teama de a nu adormi o intensifică. Diazepinele (de pildă, Nitrozepamul) reprezintă hipnoticul ideal de adormire, deoarece micșorează metabolismul catecolaminelor, substanțe care mențin starea de trezire. Somnul indus este apropiat de cel fiziologic, încît respectă fazele paradoxale.

Fiind doar un simptom și nu o boală, la indivizii care se plîng de insomnie trebuie întîi precizate cauzele care au produs-o și numai după aplicarea tratamentului cauzal se vor utiliza somniferele.

DR. GH. STOICESCU

RADIOLOGIA



RAMURĂ DE BAZĂ A ȘTIINȚELOR MEDICALE

La 8 noiembrie 1895, Wilhelm Conrad Röntgen făcea epocala descoperire a unei noi forme de radiații electromagnetice, pe care, datorită naturii lor încă necunoscute, le-a denumit raze X, iar ulterior, ca un omagiu adus acestui genial om de știință, au primit numele său.

Referindu-se la acest moment istoric crucial pentru știință, în general, și pen-

tru medicină, în special, Grashey afirma că „o scînteie a spiritului lui Röntgen a aprins făclia care luminează cărările întunecoase ale ştiinţei şi interiorul corpului omenesc, aducînd însănătoşire numeroşilor suferinzi".

Într-o perioadă foarte scurtă de timp, radiologia a devenit o disciplină de bază a medicinii, constituind un ajutor impresionant prin bogăţia şi calitatea informaţiilor în marea majoritate a disciplinelor medicale. Achiziţiile obţinute în domeniul cunoaşterii anatomiei normale şi patologice, a fiziologiei normale şi patologice „pe viu", a bolilor medicale şi chirurgicale au determinat un remarcabil reviriment, impunînd repetate remanieri şi chiar reconsiderarea multor capitole de patologie. Treptat, s-a constituit semiologia radiologică, adică studiul semnelor radiologice ale diferitelor procese patologice, fapt care a determinat ameliorarea continuă a diagnosticului pozitiv şi diferenţial al diverselor boli.

Perfecţionările tehnice rapide ale aparaturii radiologice, realizarea substanţelor de contrast, care permit vizualizarea şi studierea a numeroase organe (esofag, stomac, intestin subţire, intestin gros, vezicula biliară, aparatul urinar, aparatul cardiovascular etc.), introducerea în investigaţie a tomografiei (tehnică radiologică ce permite studierea unui strat cu o grosime de 0,5—1 cm dintr-un anumit organ : plămîn, rinichi, colecist, coledoc, oase), a bronhografiei (tehnică radiologică ce permite studiul bronhiilor, graţie unei substanţe de contrast numită lipiodol), a arteriografiei (metodă ce studiază arterele cu ajutorul unei substanţe de contrast pe bază de iod), iar ulterior a radiocinematografiei şi radioteleviziunii, graţie amplificatorului de luminescenţă (care permite examinarea la lumina zilei) au jalonat drumul mereu ascendent al acestei discipline fundamentale a medicinii.

Realizarea tomografului computerizat, pentru care în anul 1979 s-a acordat premiul Nobel pentru fiziologie şi medicină lui Cormack şi Hounsfield, reprezintă cea mai mare descoperire şi cea mai importantă realizare tehnică de la descoperirea razelor röntgen. Astfel radiologia s-a înscris definitiv ca specialitate principală a medicinii, iar medicul radiolog ocupă un loc important în cadrul echipei de medici care investighează şi tratează bolnavii. În medicina profilactică, precum şi în medicina curativă, rolul şi efectul benefic al radiologiei sînt unanim recunoscute.

Radiologia are actualmente posibilitatea de a explora diverse funcţii ale majorităţii organelor corpului uman, de a evidenţia aspecte morfologice normale şi modificările patologice de la nivelul diferitelor aparate (respirator, cardiovascular, digestiv, urinar) şi sisteme (sistemul osteoarticular), de a contribui deseori decisiv la stabilirea diagnosticului.

Aportul radiologiei în stabilirea diagnosticului şi tratamentului unor grupe de boli este bine cunoscut. Vom aminti aici numai unele dintre domeniile medicale în care radiologia şi-a adus o contribuţie esenţială în ameliorarea diagnosticului.

În domeniul aparatului respirator, investigaţia radiologică a reprezentat un factor de primă importanţă în saltul calitativ înregistrat în diagnosticul bolilor pulmonare, pleurale şi mediastinale. Progresele realizate în pneumologie şi ftiziologie, dar în special în chirurgia toracică, sînt legate indisolubil de utilizarea investigaţiilor radiologice. Investigaţia sistematică prin radiofotografie medicală a unor grupe de populaţie cu risc de îmbolnăvire a permis şi permite depistarea în timp oportun a diverselor forme de tuberculoză pulmonară, a tumorilor pulmonare şi a unor afecţiuni profesionale (pneumoconioze).

În domeniul bolilor cardiovasculare, explorarea radiologică evidenţiază abaterile de la normal ale formei, dimensiunilor, contracţiilor şi poziţiei inimii, permiţînd, prin colaborare cu clinicianul, precizarea naturii acestor modificări. În dezvoltarea chirurgiei cardiovasculare, radiologia a avut o contribuţie deosebită prin investigaţiile speciale : angiocardiografie (opacifierea camerelor inimii prin injectarea unei substanţe de contrast iodate) şi cateterism intracardiac (cu ajutorul unei sonde introduse pe calea unei vene mari pînă în camerele cordului). Graţie acestor metode de investigaţie pot fi diagnosticate corect bolile congenitale ale inimii, dintre care multe sînt de resortul tratamentului chirurgical.

Capitolul bolilor aparatului digestiv a beneficiat în mod deosebit de explorarea radiologică, în urma căreia s-a produs un progres notabil. Organele tubului digestiv sînt profund situate, fiind dificil de examinat clinic, iar simptomatologia clinică a diverselor boli este în parte asemănătoare, ceea ce creează serioase dificultăţi în stabilirea diagnosticului. Investigaţia radiologică a tubului digestiv, folosind sulfat de bariu ca substanţă de contrast, a permis cunoaşterea aspectelor morfologice şi funcţionale normale şi patologice. Aspectele radiologice constatate în cazurile de boli ale tubului digestiv permit stabilirea corectă a diagnosticului, iar prin randament, inocuitate şi modul facil de acceptare de bolnavi, această investigaţie reprezintă metoda fundamentală de studiu în patologia aparatului digestiv.

Explorarea radiologică a veziculei biliare şi a canalului hepatocoledoc a elucidat foarte multe aspecte morfo-funcţionale normale şi patologice ale acestora, fiind în măsură să stabilească, cu precizie, diagnosticul. Se înţelege importanţa colecistografiilor (examen radiologic constînd în opacifierea veziculei biliare cu substanţă de contrast pe bază de iod) în diagnosticul unor afecţiuni atît de frecvente, cum sînt cele ale veziculei biliare.

În patologia aparatului urinar, investigaţia radiologică a adus importante clarificări fiind, de asemenea, explorarea de bază în bolile urologice (litiază, hidronefroză, tumori, tuberculoză, pielonefrite etc.). Tehnicile radiologice principale sînt reprezentate de radiografia renală simplă (permite depistarea calculilor aparatului urinar, precum şi a altor modificări renale sau din regiunea abdominală şi pelviană), urografia (metodă care se realizează prin injectarea intravenos a substanţei de contrast iodate, evidenţiind aspecte funcţionale şi morfologice normale sau patologice) şi pielografia (substanţa de contrast iodată se introduce prin sondă plasată în ureter).

Trebuie subliniat faptul că toate tehnicile de radiodiagnostic, care utilizează substanţe de contrast iodate (urografia, colecistografia, arteriografia, angiocardiografia), au o valoare diagnostică deosebită, dar prezintă şi riscul unor accidente imprevizibile, care însă pot fi combătute eficient de către medicul radiolog examinator. De aceea trebuie accentuat şi reţinut că indicarea acestor examene este strict de resortul medicului consultant, care cunoaşte posibilitatea apariţiei acestor accidente şi, implicit, tratamentul adecvat ; pentru prevenirea unor situaţii critice se recomandă ca aceste investigaţii să fie efectuate în condiţii de spitalizare.

Ortopedia, traumatologia şi reumatologia sînt specialităţi strîns legate de radiologie, deoarece diagnosticul în aceste discipline se sprijină, în mare măsură, pe rezultatul examenului radiologic. Informaţiile furnizate de investigaţia radiologică sînt extrem de valoroase, atît în patologia osoasă propriu-zisă, cît şi în bolile osteoarticulare.

Considerăm suficiente aceste succinte exemplificări care arată în mod convingător rolul şi importanţa radiologiei în cadrul ştiinţelor medicale. Amintim însă că şi în alte ramuri ale medicinii, radiologia are o contribuţie importantă în diagnostic şi tratament, precum în : patologia otorinolaringologică, oftalmologică, ginecologică, neurologică, pediatrică etc.

De asemenea, radioterapia îşi are locul său bine precizat, în primul rînd în tratamentul afecţiunilor oncologice, dar şi în alte boli, precum unele leziuni dermatologice.

Se poate deci sublinia că radiologia este o disciplină medicală complexă, care poate investiga şi trata majoritatea organelor corpului uman, cu alte cuvinte nu este o specialitate îngustă de organ şi nici de boală.

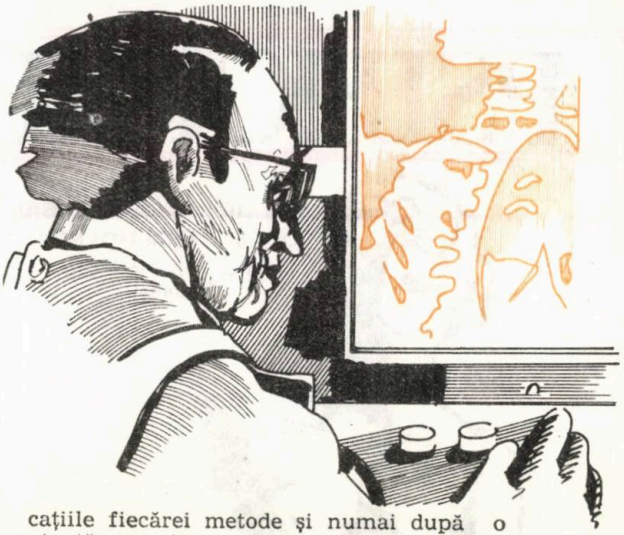
N. N. Priorov a sintetizat admirabil importanţa radiologiei pentru progresul medicinii : „Ce s-ar întîmpla astăzi cu ftiziologia, urologia, ginecologia şi otorinolaringologia, neurologia şi oncologia, chirurgia şi ortopedia, oftalmologia şi traumatologia, gastroenterologia dacă ar fi lipsite de informaţiile pe care le oferă radiologia pentru diagnostic şi tratament ?".

Ritmul rapid de acumulări în întregul domeniu al medicinii, implicit în radiologie, a creat şi creează dificultăţi de asimilare a acestora, apărînd astfel o contradicţie între volumul uriaş de noi cunoştinţe şi capacitatea limitată de însuşire, de conştientizare a acestora. Consecinţa logică, justificată şi necesară, a fost diviziunea medicinii, fragmentarea în specialităţi pe aparate (pneumoftiziologie, cardiologie, gastroenterologie) şi sisteme (osteoarticular) ; ulterior, s-a trecut la o nouă scindare în subspecialităţi pe organe, fenomen care este în curs de realizare şi în domeniul radiologiei. S-a cîştigat astfel, evident, pe verticală, prin aprofundarea unor capitole mai limitate de patologie, dar s-a pierdut pe orizontală, restrîngîndu-se sfera de activitate. Riscul imediat este neglijarea întregului. Remediul pentru evitarea acestui aspect negativ rezidă în ameliorarea continuă a colaborării interdisciplinare.

Bolnavii şi medicii din diverse specialităţi se află sub impresia saltului calitativ remarcabil realizat în toate domeniile medicinii, în urma aplicării în practică a investigaţiei radiologice. Aceasta se reflectă în solicitările de investigaţii radiologice mereu mai numeroase.

Expansiunea continuă a investigaţiilor radiologice constituie una din caracteristicile medicinii contemporane. Această expansiune pe plan internaţional este enormă, creşterea prestaţiilor radiologice fiind de 11% pe an, ceea ce reprezintă o dublare în decurs de 8 ani. Se poate aprecia că în toată lumea nu se manifestă în acest domeniu nici un semn de saturaţie. Această expansiune reflectă faptul că investigaţiile radiologice se adresează tuturor organelor, fiind folosite în majoritatea bolilor.

Aşadar treptat, alături de caracterul benefic al radiologiei, au devenit evidente şi unele aspecte nedorite.



Astfel expansiunea neașteptată a investigațiilor radiologice grevează în toate țările bugetele de asistență medicală, prin creșterea continuă a prestațiilor. Mai important încă decît acest aspect trebuie subliniat faptul că pe plan biologic există tendința de a se omite sau de a se minimaliza importanța riscului de iradiere inutilă și periculoasă a populației, supusă intempestiv și nejustificat la diverse explorări radiologice.

Fără îndoială că aceste două aspecte negative ale explorărilor radiologice pot să fie combătute eficient prin permanenta colaborare a medicului radiolog cu medicii clinicieni, din care va rezulta, în primul rînd, o indicație adecvată, justificată, a fiecăreia dintre explorările radiologice.

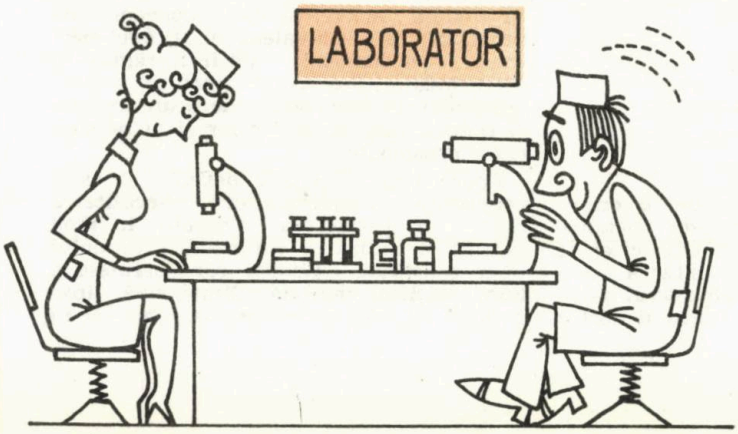
În lumina acestor considerații, apare cu claritate că activitatea medicală, în spirit de echipă, la care participă medicul clinician, medicul radiolog, medicul de laborator și alți medici și care dialoghează în permanență, în cursul investigațiilor, este în măsură să stabilească operativ diagnosticul și să aplice tratamentul corespunzător.

Faptul că medicina modernă are la dispoziție o metodă de explorare atît de valoroasă, precum radiologia, a intrat în conștiința nu numai a medicilor, dar și a populației. Aceasta se concretizează în atitudinea și opinia suferinzilor care, indiferent de afecțiune, solicită să fie examinați „la raze". Consecința lipsei de discernămînt în indicarea unui examen radiologic și „cedarea" la aceste solicitări de către unii medici din diverse specialități este supraaglomerarea laboratorului de radiologie cu cazuri nejustificate, deci inutile, dar în același timp periculoase prin dozele de radiații primite în cursul examinării. De aceea trebuie accentuat faptul că indicațiile pentru investigații radiologice constituie o sarcină strictă a medicului consultant, care trebuie să le recomande parcimonios, neomițînd indicațiile fiecărei metode și numai după o atentă examinare clinică și efectuarea, eventual, și a altor explorări de laborator, iar dialogul permanent cu medicul radiolog este modalitatea de a se recurge la metoda care oferă rezultate optime. În acest mod obținem rezultatele scontate, cu iradiere minimă și, în același timp, excludem de la investigație cazurile nejustificate.

Din cele arătate nu trebuie însă să se tragă falsa concluzie că explorarea radiologică a rezolvat toate problemele de diagnostic și că înlocuiește examenul clinic. Aceasta este o opinie dăunătoare practicii medicale, total greșită, deoarece, așa cum am menționat, radiologia este o disciplină care s-a dezvoltat pe baza clinicii, de care este indisolubil legată.

Cunoașterea reală a valorii, posibilităților și limitelor radiologiei medicale va înlătura tendința eronată de a se pretinde investigației radiologice mai mult decît poate să ofere în domeniul diagnosticului și tratamentului.

DR. **IOAN IOCU**
Medic primar
Spitalul regional MTTc București

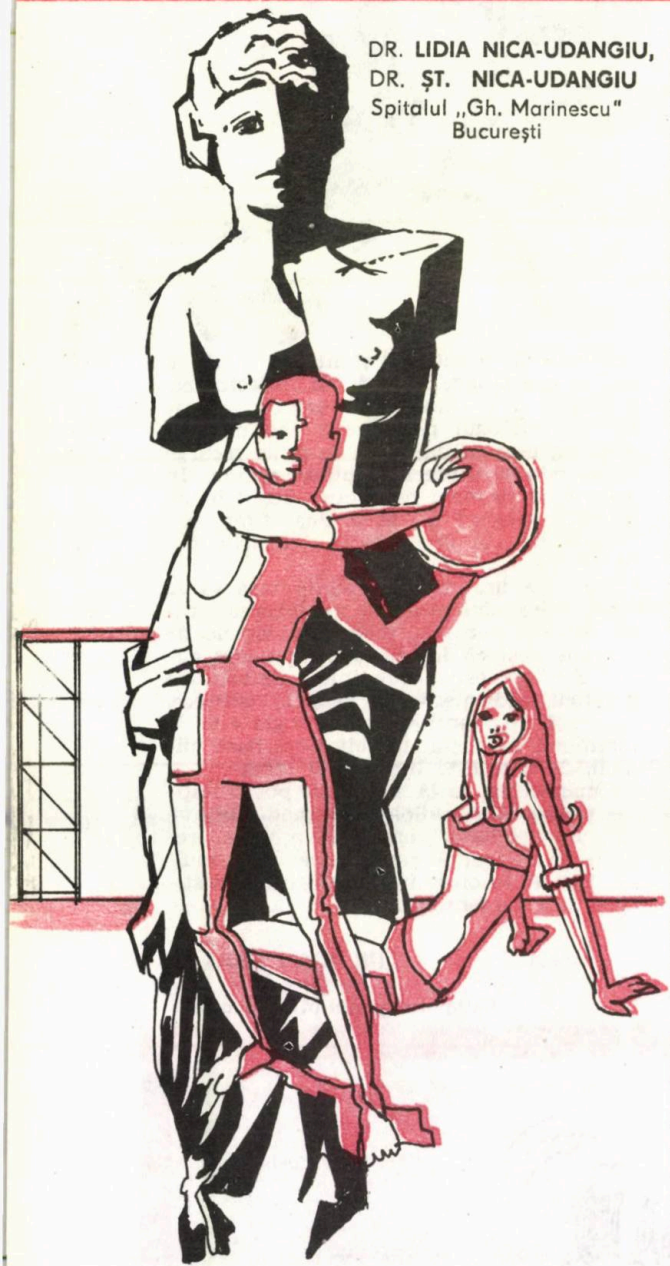


Fără cuvinte...

DESEN DE
NIC. NICOLAESCU

PSIHOIGIENA *TIMPULUI LIBER*

DR. **LIDIA NICA-UDANGIU,**
DR. **ȘT. NICA-UDANGIU**
Spitalul „Gh. Marinescu"
București



Medicina contemporană are o orientare predominant profilactică, ocupîndu-se nu numai de insul bolnav, ci și de cel sănătos. Apărarea și dezvoltarea sănătății populației constituie obiectivul principal al politicii sanitare a statului nostru socialist. Conceptul de sănătate cuprinde trei dimensiuni importante („triunghiul sănătății") : latura biologică, cea psihologică și cea socială. În general, sîntem tentați să acordăm mai multă atenție sănătății somatice (fizice) și să neglijăm pe cea psihică.

Principiile de igienă corporală sînt învățate și respectate mai frecvent decît normele de psihoigienă. Această „igienă mintală" cuprinde ansamblul activităților și mijloacelor utilizate pentru a favoriza, proteja și menține sănătatea psihică. Conceptul de sănătate mintală implică o adaptare armonioasă și suplă a persoanei în mediul familial și social. Această integrare este strîns legată de alte coordonate : capacitate intelectuală (cognitivă) dezvoltată și păstrată, modalitate adecvată de reflectare a realității, posibilitate frenatorie asupra pornirilor instinctiv emoționale, unitate și constanță în decizii etc. O bună sănătate psihică se manifestă, pe de o parte, prin nevoia de a acționa, de a cunoaște și de a comunica și, pe de altă parte, printr-un țel superior de viață, un ideal prin care insul își justifică existența. O sănătate mintală optimală, adică cea mai bună stare de sănătate psihică posibilă în condițiile existente, nu poate fi concepută fără participarea persoanei, după puterile sale, la rezolvarea cerințelor sociale ale timpului său.

Epoca modernă se caracterizează printr-un ritm rapid de urbanizare, industrializare, mecanizare și automatizare. Aceste fenomene determină o creștere a timpului liber la diversele categorii populaționale. Noțiunea de timp liber este definită uneori cu o sferă mai largă, cuprinzînd totalitatea perioadei extraprofesionale (incluzînd și somnul), alteori cu o sferă mai îngustă, referindu-se numai la timpul de care dispune o persoană pentru distracții. Considerăm mai corectă definiția cu o sferă medie, în care conceptul de timp liber este echivalent cu „timpul personal" (așa-numitul „loisir"), rămas în afara îndatoririlor sociale (inclusiv a celor familiale). În felul acesta se poate aprecia și timpul liber al casnicelor și al persoanelor pensionate.

Epoca noastră a fost definită și ca o „civilizație a distracțiilor". Necesitatea distracției (petrecerea timpului în mod plăcut) și utilizarea rațională a timpului liber constituie elemente care definesc o bună sănătate mintală. Dimpotrivă, lipsa cerinței de distracție, absența vibrației în

fața frumuseților naturii sau ale culturii semnalează un comportament patologic, debutul unei boli psihice. Pe lîngă distracțiile tradiționale (excursiile, plimbările, sporturile, muzica, dansul, vizitele, lectura etc.), epoca modernă a adus cinematograful, radioul, televiziunea (inclusiv cea în culori), magnetofonul, casetofonul, videocasetofonul etc. De asemenea, s-a dezvoltat turismul automobilistic sau cu alte mijloace rapide de transport.

Patologia și igiena muncii au fost abordate cu multă atenție în secolul nostru, existînd astăzi legi și regulamente de protecție a muncii, servicii separate de medicină profesională, manuale și publicații periodice axate pe aceste probleme. Patologia și igiena distracțiilor au fost cercetate mai puțin. Se apreciază însă că în viitor aceste studii vor deține un loc important.

Activitățile distractive au importante funcții de relaxare și de instruire. În societatea noastră socialistă oamenii au drepturi egale nu numai la muncă, ci și la distracții. Problema timpului liber și a distracțiilor a fost abordată încă din antichitate, cînd a fost lansată lozinca „panem et circenses" (pîine și distracție") și conceptul odihnei active al lui Aristotel, care afirma că „timpul liber nu înseamnă sfîrșitul muncii".

Timpul liber este ocupat numai în mică parte de distracții. Timpul extraprofesional este utilizat pentru refacerea capacităților fizice și psihice, pentru activități casînce-gospodărești, pentru dezvoltarea personalității prin acumularea de noi valori spirituale ori prin realizarea unor noi creații etc. Folosirea timpului liber depinde, pe de o parte, de factori sociali, de posibilitățile oferite de societate, iar pe de altă parte, de factori individuali, tipul de personalitate, gradul de cultură și de educație, atitudinea față de timpul liber de care dispunem etc. De asemenea, modalitățile de ocupare a timpului liber diferă în funcție de sex, vîrstă, profesie, starea de sănătate somatică și psihică etc.

Timpul liber a crescut în epoca modernă, însă acest timp extraprofesional trebuie economisit și petrecut într-un mod rațional. În vederea prevenirii unor boli somatice s-a insistat în ultima vreme asupra alimentației raționale. În aceeași măsură trebuie să susținem principiile utilizării raționale a timpului liber, mijloc important pentru prevenirea bolilor psihice și somatice (prin combaterea sedentarismului, dar și a factorilor stresanți). Modul cum este organizat timpul liber indică gradul de civilizație al individului. Folosirea rațională a timpului liber presupune (ca și în domeniul alimentației raționale) educație și disciplină, singurele elemente capabile să asigure cîștigarea echilibrului necesar dezvoltării personalității umane. Omul este o ființă ambivalentă, capabilă de cele mai înalte realizări, dar și purtătoarea propriilor necazuri. J. J. Rousseau avea dreptate cînd considera că igiena este mai puțin o știință și mai mult o virtute. Într-adevăr, majoritatea principiilor de psihoigienă au fost formulate cu sute de ani și chiar cu mii de ani în urmă. Conceptul sănătății echilibrate îl întîlnim încă din antichitate („Minte sănătoasă în corp sănătos" — Juvenal). În urmă cu 140 de ani, „Foaie pentru minte, inimă și literatură" publica multe sfaturi utile pentru menținerea sănătății, dintre care amintim : „Cea mai rea a sufletului boală este neodihna conștiinței, căci aceasta roade la puterile trupului".

Principiile de psihoigienă sînt cunoscute (teoretic) de o mare parte a membrilor societății, însă principalul obiectiv al educației sanitare este acela de a găsi mijloacele ca ele să fie valorificate, respectate, aplicate în practică.

O greșeală frecvent întîlnită este neglijarea echilibrului între orele de lucru și cele de odihnă. Surmenajul care apare în urma unei activități dezordonate determină scăderea capacității de muncă și chiar instalarea unor tulburări psihice. Un alt comportament care duce la ruinarea sănătății și la deformarea personalității este acela legat de supraconsumul băuturilor alcoolice și al altor toxice (tutunul, de exemplu), evaziunile frecvente la restaurant sau la cafenea, jocurile de noroc. Atmosfera plină de fum de tutun din diferite localuri și consumul exagerat de alcool nu oferă nici o relaxare ci, dimpotrivă, contribuie la apariția treptată a suferințelor psihice și somatice.

Avem astăzi la dispoziție o mare varietate de mijloace distractive, care contribuie la întărirea sănătății. În alegerea acestor mijloace de recreare vom avea în vedere următoarele principii :

a) evitarea consumului exagerat al unui singur tip de distracție (de exemplu, la unele persoane, timpul acordat vizionării programelor de televiziune duce la sedentarism și la reducerea altor activități distractive) ;

b) distracțiile alese trebuie să fie agreabile, dar în aceeași măsură utile, să asigure, pe de o parte, relaxarea psihică, iar pe de altă parte, să ducă la dezvoltarea personalității ;

c) ierarhizarea diferitelor modalități distractive, acordînd mai mult timp for-

melor active (care combat sedentarismul) şi celor instructive ; trebuie să renunţăm la cele neesenţiale, în favoarea celor esenţiale ;

d) utilizarea unei game variate de relaxare, evitînd însă „distracţia pentru distracţie" ; alternanţa ritmică dintre activitate şi odihnă, introducerea pauzelor de relaxare au rolul de a creşte randamentul muncii şi de a ne proteja sănătatea.

Alternarea unui fel de activitate cu altul constituie mijlocul cel mai important în realizarea unor performanţe deosebite. Mişcarea, activitatea creatoare, diferitele ocupaţii extraprofesionale (aşa-numitele „hobby"-uri) ca : filatelia, pescuitul, apicultura, grădinăritul, creşterea florilor şi alte modalităţi de odihnă activă contribuie la menţinerea sănătăţii mintale. Sedentarismul, starea de lenevie şi chiar prelungirea somnului peste limitele necesare sînt factori care scad capacitatea de adaptare şi de rezistenţă psihică.

Timpul liber trebuie să fie bine organizat şi planificat. Organizarea bună a timpului de relaxare este strîns legată de calitatea muncii depusă de individ. S-a observat că insul care nu are atracţie pentru munca pe care o prestează nu are nici capacitatea de a-şi organiza timpul liber pentru destindere. Interesul pentru muncă, pasiunea, dăruirea în vederea atingerii scopurilor propuse constituie un factor sanogenetic. Persoanele cu activitate intensă şi multilaterală sînt capabile şi de utilizarea celor mai variate distracţii, de folosirea raţională a timpului liber. Maxima favorită a lui Marx era : „Sînt om şi nimic din ceea ce este omenesc nu-mi e străin".

Insul are la dispoziţie trei categorii de timp liber : cotidian, săptămînal şi anual (concediul anual de odihnă). La sfîrşitul săptămînii se pot organiza programe de recreare prin evadare în mijlocul naturii (în parcuri, în pădure, excursii la munte etc.). Beneficiile pentru sănătate sînt mai mari în cazul renunţării la autoturism. Şofatul în condiţii de aglomeraţie rutieră determină o accentuare a stării de oboseală. O bună organizare a timpului liber contribuie la combaterea aşa-numitelor „nevroze duminicale", care apar la persoanele care trăiesc izolate (încercate de sentimente de privaţiune) sau în cazul existenţei unor stări tensionale intrafamiliale (conflictele cresc duminica, deoarece membrii unei astfel de familii stau împreună o perioadă mai lungă).

Utilizarea raţională a concediului de odihnă constituie un mijloc important de întărire a sănătăţii. Renunţarea la concediul de odihnă, dintr-un motiv sau altul, este periculoasă. De asemenea, unii îşi sacrifică zilele de concediu altor activităţi. Unele femei, de exemplu, obişnuiesc să-şi „petreacă" concediul muncind în gospodăria proprie, zugrăvind, făcînd curăţenie generală ; anumiţi intelectuali elaborează lucrări sau se dedică unui studiu intens. Desigur, efectele negative ale deficitului de repaus şi de relaxare nu se manifestă imediat, însă mai curînd sau mai tîrziu îşi vor face apariţia. S-a spus că „cel care nu ştie să profite de concediul său este un om incomplet".

Utilizarea raţională a timpului liber defineşte sănătatea mintală a insului. Fiecare îşi alege mijloacele de odihnă şi de relaxare potrivite firii şi personalităţii sale.

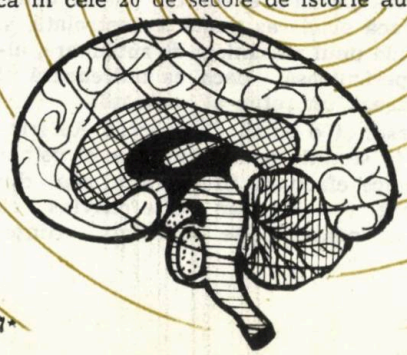
MUZICA ȘI MEDICINA

Muzica își datorește influența nu numai faptului că realizează — ca și celelalte arte — o apropiere estetică a realității, o dezvăluire a sensului luminos, înalt, al aspirațiilor umane, ci și faptului că „fiecare imprimă portativului ei un înțeles personal, izvorît din trăirile lui proprii" (L. Leonov).

Muzica produce la iubitorii ei destindere, bucurie, consolare ; dar, în multe cazuri, metodele pedagogice superficiale sau abuzul unei muzici dezechilibrate determină efecte defavorabile și tind să discrediteze prestigiul multimilenar al acestei arte. S-a ridicat problema dacă excesul de excitație muzicală — prin radio, cinematograf, magnetofon, casetofon etc. — nu contribuie la apariția tulburărilor vegetative frecvente în mediul urban, mai ales la copiii orașelor mari. Modul defectuos de a asculta muzica este acela în care ea constituie „un zgomot de fond", căruia nu i se acordă atenție, dar căruia i se simte lipsa atunci cînd încetează. Specialiștii numesc acest aspect „consum de muzică".

În zilele noastre, în cadrul educației estetice prin artă, care „are menirea să trezească simțul estetic și să-l dezvolte", un întreg curent tinde să considere muzica drept un factor important al înnobilării și echilibrării personalității umane. Și aceasta nu numai pentru că ea creează un element favorabil trezirii facultăților creatoare, dar și pentru că ea poate tonifica cea mai mare parte a calităților umane. Această integrare a muzicii în viața umană ridică totuși destule probleme subtile, multe dintre ele încă nerezolvate.

Făcînd o incursiune în trecut, observăm că în cele 20 de secole de istorie au existat numeroase relații care au unit lumea muzicală cu cea a medicinii. Aceste relații se continuă și astăzi, se diversifică și se dezvoltă, pe zi ce trece, progresele obținute într-un domeniu folosind și celuilalt.



De-a lungul timpului s-a constatat că în cadrul relațiilor muzică-medicină, muzica, pe lîngă alte influențe pe care le are asupra omului, prezintă și un efect „tămăduitor".

Virtuțile medicale ale muzicii erau cunoscute încă din cele mai vechi timpuri. Acestea erau legate atunci de magie și de religie. Astfel, se spune că harpa regelui David ușura chinurile regelui Saul, iar lira de aur a lui Apollo adormea vulturul agățat de sceptrul lui Jupiter și potolea furiile violentului Ares. În Odiseea, în Cartea a XIX-a, citim că incantațiile fiilor lui Antolycos au oprit cvasiexperimental hemoragia gambei lui Ulise, care fusese rănit de un mistreț. Hipocrate și Galenus nu au fost singurii medici ai antichității care considerau muzica un eficace remediu psihosomatic.

Asclepiades o folosea pentru a calma stările de agitație, iar Xencorate o recomanda în epilepsie. Caelius Aurelianus, în sec. al III-lea, recunoștea muzicii proprietăți analgetice, cu condiția ca instrumentul să fie aplicat pe partea dureroasă, ceea ce ar însemna, în medicina modernă, terapie prin sunete sau, poate, prin ultrasunete. Aulu-Gelu afirma că suferințele date de sciatică sînt atenuate la auzul sunetelor „dulci și armonioase" ale unui flaut. A. Paré, renumitul chirurg francez, socotea muzica vindecătoare a tarantismului (boală produsă prin înțepătura veninoasă a unui păianjen numit Tarantula).

În sfîrșit, Sequin întrebuința muzica pentru educarea oligofrenilor de gradul III (idioților).

Studii importante în acest sens s-au făcut în multe țări, ca : Anglia, Franța, Rusia, etc., încă înainte de anul 1900.

În ultimele decenii au apărut o multitudine de studii asupra relațiilor dintre medicină și muzică și asupra terapiei prin muzică, adică asupra meloterapiei. Iată numele cîtorva autori cu lucrări de refe-

rință în acest domeniu : J. Revière (1962), M. L. Fuhrmeister (1969), H. F. Battcher (1971), R. Francès (1972), G. Harrer (1975), H. Rauche (1978), J. Arveiller (1980), J. Verdeau Pailles (1981, 1982).

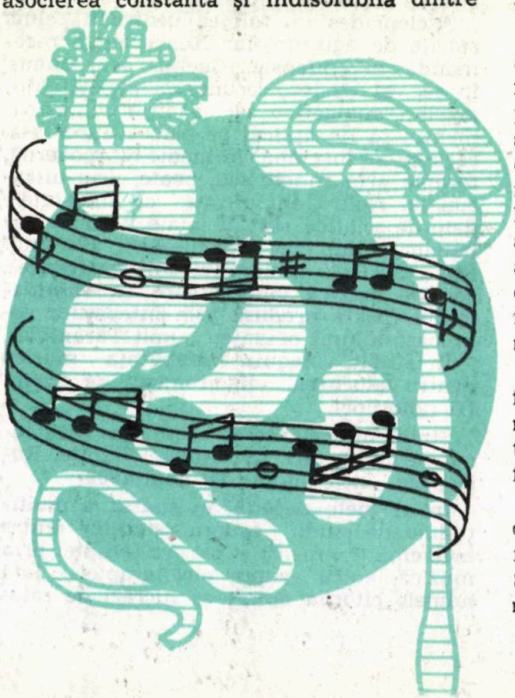
În urma acestor studii s-a ajuns la concluzia că muzica influențează, sub diverse aspecte, organismul uman. Astfel s-a constatat că influențează circulația, atît la om cît și la animale, presiunea arterială, frecvența pulsului, respirația, activitatea tubului digestiv etc. S-a remarcat, de asemenea, că sînt afectate și unele organe inervate de nervul vag.

Studiind mecanismele influenței muzicii asupra omului, se pune problema lămuririi acțiunii melodiei, a armoniei și a ritmului asupra dinamicii reacțiilor organismului.

Armonia, cu imensa simultaneitate de impresii, cît și melodia, care dă sens continuității noastre psihologice, pot fi înțelese ca niște legături temporare complexe, care la om capătă posibilități de abstractizare și semnificații de o varietate infinită.

Ritmul este însă un principiu universal, care domină nu numai fenomenele muzicale, dar și toate mișcările și schimbările care se petrec în noi și în afară de noi. Ritmul muzical își găsește o corespondență în ritmurile organice fundamentale, fapt care se observă, dealtfel, la toate muzicile primitive. Totodată, însă, făcînd posibilă desfășurarea ordonată a melodiei, ritmul introduce o dispoziție de aparență rațională, fiind comparabil cu simetria în arhitectură.

Ritmul este și o ideogramă a mișcării ; asocierea constantă și indisolubilă dintre reprezentarea motrice a unei mișcări și imaginea auditivă poate să ne explice de ce muzica te face „să mergi, să sari, să dansezi".



Este posibil că muzica se adresează, în același timp, și diferitelor etaje ale sistemului nervos și diferitelor straturi ale personalității.

După ritm, intonație etc., muzica poate provoca somn sau excitație nervoasă, veselie sau tristețe, dinamizare sau inhibiție, optimism sau pesimism ; poate releva adevăruri sau poate pune întrebări profunde despre existență, poate fructifica gîndirea abstractă, poate produce limpeziri teoretice etc.

Muzica este ritm, ea dă imaginea unui echilibru și al unui sistem ordonat, fondat pe noțiunea de temporalitate.

Ea provoacă o emergență de amintiri, emoții, senzații pe care limbajul verbal ar fi adesea neputincios să le exprime, dacă el nu s-ar ajuta de timbrul vocii și de melodia cuvintelor.

Muzica conferă, de asemenea, o stare de siguranță, pentru că ascultarea sa se face cel mai mult printr-un mod regresiv, reproducînd o situație arhaică, pentru că ea este adesea o ancorare în trecut.

Trebuie însă remarcat faptul că felul de a reacționa la muzică prezintă nu numai diferențe individuale, dar poate fi mult diferit la bolnavi, față de cei sănătoși (s-au observat particularități de răspuns la schizofrenici, maniacodepresivi, nevrotici, epileptici — în ultima eventualitate putînd provoca chiar crize).

Așa cum arătam mai înainte, muzica are și însemnate virtuți terapeutice. Astfel muzica este un factor de liniștire, capabilă să atenueze tensiunile individuale și interpersonale ; ea nu are, din nefericire, puterea de a pacifica lumea și de a realiza o deplină înțelegere între popoare. Muzica poate totuși să consoleze, așa cum arată Georges Duhamel, în fiecare pagină a cărții sale autobiografice, care este una dintre cele mai emoționante cărți care au fost scrise vreodată asupra muzicii : „La musique consolatrice".

Muzica permite evadarea, uneori benefică, dacă evadarea poate fi controlată, și răspunde unui mecanism de sublimare, alteori periculoasă, dacă ea antrenează și favorizează un refuz al realității.

Ea este și o sursă de energie. Referindu-se la studiile neurofiziologice și psihofiziologice efectuate în institutul său din Salsburg, von Karajan este convins că muzica poate crește rezistența ființei

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

umane la dificultăți și la boală. Chiar dacă acest aspect nu poate fi generalizat, el poate fi demonstrat cu numeroase cazuri clinice.

Muzica, de asemenea, facilitează comunicarea. Cea mai mare parte a tehnicilor în meloterapie utilizează această caracteristică.

Indicațiile meloterapiei se pun astăzi în numeroase domenii ale medicinii : în ginecologie-obstetrică, odontostomatologie, profilaxia durerii, chirurgie, psihosomatică și psihiatrie (anxietăți, tulburări de somn, instabilitate emoțională, dizarmonii psihomotrice, blocaje psihomotorii, tulburări de caracter și de comunicare, compartimente astenice, ca și la handicapații mintali, asociați sau nu cu leziuni neurologice și sechele de encefalopatie infantilă, nevroze, toxicomanii etilice, schizofrenii), în pediatrie (autism infantil, copii handicapați, tulburări de caracter).

Actualmente s-au precizat tehnicile meloterapiei și metodele de abordare a pacientului cu bucăți muzicale adaptate structurii personalității, precum și tulburărilor și afecțiunii de care suferă. În acest sens, elaborarea unei farmacopei muzicale, așa cum a încercat mai de mult E. Schauffler, își găsește din ce în ce mai mult o justificare științifică.

După cum noi fundamentăm indicațiile tratamentului medicamentos pe baza examenului complet al pacientului, tot așa formula de psihoterapie cea mai adecvată va fi decisă în funcție de o examinare aprofundată : studiul antecedentelor, istoria clinică, interogatoriul, examenul somatic, observarea comportamentului, datele raporturilor dintre muzică și personalitatea bolnavului (bilanț psiho-muzical).

Metodele și aplicațiile meloterapiei sînt încurajatoare. Dacă rezultatele ei sînt uneori dificil de apreciat în mod precis, aceasta se datorește cîmpului de investigație, care este foarte vast.

În toate țările lumii se dezvoltă centre de cercetări privind meloterapia. Statele Unite au deschis calea din 1950, imediat urmate de Europa (Austria, R.F. Germană, Anglia). O a doua deschidere spre această metodă s-a făcut după 1965, antrenînd alte țări europene : Franța, Danemarca, Olanda, Italia, Luxemburg, R.D. Germană, Ungaria, Iugoslavia, mai ales, la care s-au adăugat Argentina și Brazilia.

Pe plan mondial s-a constituit și un comitet — Comitetul Internațional de Meloterapie —, care a ținut primul său congres la Paris, în 1974.

În întreaga lume se fac în continuare studii și cercetări susținute, pe teme ca :

— Stadiul efectelor psihofiziologice ale muzicii.

— Analiza puterii afective a muzicii.

— Diagnosticul personalității după preferințe muzicale.

— Studierea expresiei temperamentutului psihobiologic în muzică. Tipologia muzicienilor și caracteristicile muzicii.

— Creație muzicală și patologie medicală. Muzicienii și bolile lor.

— Extinderea indicațiilor terapeutice ale muzicii și precizarea tehnicilor meloterapiei receptive și active.

Desigur că toate aceste studii și cercetări în domeniul meloterapiei vor aduce multe date noi, care vor fi folosite, în continuare, pentru binele omului.

La capătul acestei scurte incursiuni în domeniul relațiilor muzică-medicină sîntem conștienți că nu am putut aborda toate domeniile și nici toate raporturile care există între muzică și medicină. Sîntem convinși însă că muzica și medicina sînt intim legate de om și că ele sînt indispensabile una alteia, așa cum au demonstrat-o cele 20 de secole de istorie.

DR. DOC. **ANDREI ATHANASIU**

93309

LONGEVITATEA

odinioară și azi

„Noi nu suspinăm după nemurire, dar trebuie să atingem limitele care sînt posibile pentru omenire."

PINDAR

În trecut, longevitatea era considerată ca ceva cu totul ieșit din comun.

Odată cu dezvoltarea civilizației crește, însă, și media de viață a omului.

Așa, de exemplu, dacă în neolitic aceasta era de numai 21 de ani, în timpul Romei imperiale a urcat pînă la 32 de ani.

Cu cît condițiile de trai s-au îmbunătățit, iar asistența medicală a devenit mai eficace, cu atît și media de viață a omului a crescut simțitor.

Astăzi nu mai constituie o noutate pentru nimeni că media de viață a omului contemporan a crescut vertiginos.

Astfel, în perimetrul țărilor civilizate, o femeie trăiește în jur de 72 de ani, iar un bărbat în jur de 68 de ani.

După unele statistici ale Organizației Mondiale a Sănătății, numărul persoanelor care vor împlini cel puțin 60 de ani va fi la sfîrșitul acestui secol de 500 000 000, față de numai 300 000 000, cît erau înregistrate în 1970.

Toate aceste performanțe se datoresc progreselor științei și tehnicii și, în special, aplicării cuceririlor științelor medicale la centre de populație din ce în ce mai numeroase.

Numărul centenarilor, în continuă creștere într-un număr tot mai mare de țări, indică faptul că longevitatea a devenit o certitudine care tinde să cuprindă tot globul.

Așa, de exemplu, cu un deceniu în urmă, în Franța erau recenzați 1 766 de centenari, ceea ce reprezintă 35 de „fericiți", la 1 000 000 de locuitori. Aceste cifre sînt valabile și pentru celelalte țări civilizate, cu unele excepții. Bulgaria, de pildă, semnalează, în urma unui recensămînt recent, 53 de centenari la 1 000 000 de locuitori.

În U.R.S.S. trăiesc peste 21 000 de indivizi care au depășit 100 de ani, dintre care 16 276 sînt femei. Interesant este faptul că peste 5 000 din aceștia trăiesc în R.S.S. Azerbaidjeană și R.S.S. Gruzină, pe malul Mării Caspice și pe cel al Mării Negre, zone care reprezintă adevărate „insule ale longevității".

Cît privește situația la noi, cifrele sînt foarte semnificative. Astfel, între anii 1930–1966 numărul persoanelor trecute de 85 de ani a crescut de la 22 841 la 47 731, marcînd o creștere de 100,2%; în 1977 numărul acestora a ajuns la 85 544, iar pînă în anul 2000 va crește de cca 2,4 ori. În intervalul 1909–1979, deci pe parcursul a exact 70 de ani, în țara noastră durata medie de viață a avut următoarea evoluție: între anii 1909–1912 era de 40 de ani; între anii 1938–1945 era de circa 51 de ani; în pragul anului 1956 această cifră s-a ridicat la 63,2 ani, iar între anii 1964–1967 urcă la 68,5 ani, pentru ca în 1979 să depășească 69 de ani.

În prezent, în țara noastră media de viață este de 71 de ani pentru femei și de 70 pentru bărbați.

În zilele noastre, în majoritatea țărilor lumii se observă un proces de „îmbătrînire demografică". Ținînd seama de acest aspect, se impune, din partea societății, preocuparea de a avea cît mai mulți „bătrîni sănătoși și activi", adevărați „longevivi". Pentru realizarea acestui deziderat sînt necesare largi acțiuni de gerontoprofilaxie, de prevenire a îmbătrînirii precoce, pentru realizarea unei populații vîrstnice active și adaptată vieții moderne.

Din punct de vedere etic și moral, omul în vîrstă reprezintă un tezaur de înțelepciune, prezența și experiența lor constituind, pentru societate, un real beneficiu.

Putem afirma că în prezent există și se dezvoltă „o știință a îmbătrînirii" – gerontologia – concretizată în reguli, principii și cerințe, ale cărei obiective sînt prelungirea perioadei active a vieții și realizarea unei bătrîneți utile și demne.

Longevitatea, astăzi, înseamnă o viață lungă, activă și plină de sănătate. Aceasta este concepția gerontologilor și, în acest sens, activează și școala gerontologică din țara noastră, recunoscută în întreaga lume, pentru inițiativele sale creatoare și pentru rezultatele obținute.

Dacă facem o scurtă incursiune în trecut, întîlnim o multitudine de exemple în care diferite personalități au avut realizări deosebite, la vîrste destul de înaintate.

Iată numai cîteva din aceste exemple, unele mai apropiate de zilele noastre :

– Bertrand Russel (1872–1970), la 94 de ani, era deosebit de activ în acțiunile privind mișcarea internațională pentru pace.

– La 93 de ani cunoscutul scriitor englez G. B. Shaw (1856–1950) a scris „Fabule exagerate".

– Cunoscutul pictor spaniol Pablo Picasso (1881–1973) desena și făcea gravuri la 90 de ani.

– La 89 de ani, pianistul de renume mondial Arthur Rubinstein (1886–1982) a dat unul din marile lui recitaluri la Carnegie Hall, în New York.

– Michelangelo (Buonaroti) (1475–1564), la 88 de ani, făcea planuri de arhitectură pentru biserica „Santa Maria degli Angeli".

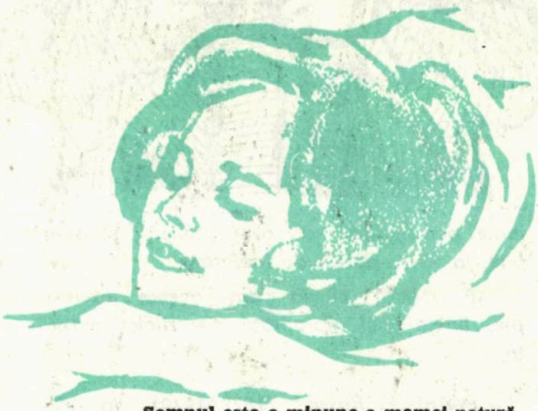
– Renumitul scriitor englez Somerset Maugham (1874–1965) scria „Puncte de vedere", la 84 de ani.

– Fostul prim-ministru al Marii Britanii, Wiston Churchill (1874–1965), scria, la 82 de ani, lucrarea „O istorie a poporului englez".

– La 81 de ani, Johann Wolfgang Goethe (1749–1832) a terminat cunoscuta sa lucrare „Faust".

I. MURGAN

Cum ne apărăm DE INSOMNIE



„Somnul este o minune a mamei natură, este felul cel mai ales din bucatele de la ospățul vieții"

SHAKESPEARE

Insomnia — imposibilitatea de a adormi, de a dormi sau existența unui somn insuficient, dereglat (somn întrerupt, superficial, care nu odihnește) — apare izolat sau cel mai adesea asociată altor simptome. Este întîlnită destul de frecvent dar, evident, există oameni care pot să nu sufere niciodată în viața lor de insomnie, iar alții, care au insomnie, pot să se plîngă, concomitent și de alte simptome, mai mult sau mai puțin importante. Unii oameni, deși dorm puțin sau neodihnitor, nu se simt afectați în cursul zilei de acest fapt, putîndu-și continua multă vreme activitatea nestingheriți, în timp ce alții, dimpotrivă, se plîng că nu dorm deloc, deși în realitate au un somn normal.

În ceea ce privește dereglarea somnului, aceasta poate fi privită din două puncte de vedere : primul constă în faptul că somnul pare mai scurt, mai redus ca de obicei, iar al doilea, deși somnul își păstrează aceeași durată, el nu mai are totuși calitatea de a odihni, subiectul trezindu-se, uneori, cu impresia că este chiar mai obosit decît în seara precedentă.

Calitatea somnului este influențată de mulți parametri, printre care enumerăm :

— programul zilei (de obicei activitatea intelectuală intensă la ore tîrzii), alimentația bogată, condimentată, abuzul de cafea, alcool, tutun, ceai, ciocolată sau alte stimulente, viața sedentară influențează negativ somnul;

— ambianța camerei de odihnă (căldura excesivă sau frigul, zgomotul, lumina, lipsa de aerisire) influențează, de asemenea, negativ ;

— evenimentele stresante din timpul zilei (uneori chiar bucuriile mari) pot influența somnul în sens negativ.

Manifestările insomniei sînt variate, afectînd diferitele faze ale somnului. Cele mai frecvente sînt : dificultatea de a adormi, atunci cînd subiectul este tensionat datorită grijilor din timpul zilei și nu izbutește să adoarmă — *insomnia de adormire ; insomnia de trezire*, în care subiectul reușește să adoarmă, însă se trezește cu o oră sau mai multe înainte de ora obișnuită de trezire, se simte brusc lucid, fiind invadat de frămîntările sale. De obicei, fără a fi însă o regulă, insomnia de adormire se întîlnește în tulburările nevrotice minore, iar insomnia de trezire, în stările mai avansate.

Nu înseamnă însă că tulburările de somn nu pot fi prezente și în alte numeroase afecțiuni : fie în cele care afectează direct creierul — encefalite, traumatisme craniocerebrale, ateroscleroza cerebrală, intoxicații etilice —, fie în alte afecțiuni ce perturbă condițiile necesare repausului — boli cardiace, renale, endocrine.

Dar ce ne facem dacă apare insomnia?

Va trebui să eliminăm, în primul rînd, posibilele cauze ce ne perturbă somnul, rezultate din modul nostru de trai. Dacă insomnia persistă, este necesar totuși să ne adresăm medicului și, în nici un caz, să nu utilizăm, din proprie inițiativă, medicamente pentru a ne reglementa somnul, după „informațiile" culese de la alții.

Somnul produs de somnifere este, după cum arată statisticile, într-o creștere con-

siderabilă pe plan mondial. Deşi sînt cunoscute efectele secundare produse de somnifere, deşi se face o propagandă susţinută prin toate mijloacele de masmedia pentru limitarea abuzului lor, se asistă la o autoprescriere care, din păcate, sporeşte mereu. Aceasta se întîmplă, pe de o parte, datorită creşterii frecvenţei insomniei determinată de suprasolicitările multiple inerente civilizaţiei secolului al XX-lea, iar pe de altă parte, datorită dorinţei omului de a avea un confort interior, asigurarea psihologică a somnului printr-un mijloc extrem de simplu : înghiţirea unei pastile ieftine şi cu efecte imediate. Dar, din păcate, hipnoticele (sau somniferele) produc fenomenul numit *toleranţă* sau *obişnuinţă*, subiectul fiind determinat să crească mereu doza pentru a obţine acelaşi efect, iar unele conduc chiar la fenomenul *de dependenţă*, cînd întreruperea lor bruscă generează dereglări mari ale somnului şi alte tulburări psihice grave.

De aceea medicamentele folosite pentru inducerea somnului trebuie luate numai la stricta indicaţie a medicului. Ele constituie doar o modalitate pasageră de ameliorare a insomniei şi nicidecum una permanentă. Un tratament cu hipnotice va fi aplicat atîta timp cît recomandă medicul şi nu după impresia subiectivă a pacientului, căci se poate întoarce, deseori, împotriva sănătăţii sale.

Fără îndoială, nu este recomandabilă nici atitudinea unora de subestimare a dereglărilor somnului, mai ales dacă acestea devin sistematice, pentru că ele pot duce la scăderea randamentului profesional, la instalarea surmenajului prin împiedicarea refacerii sistemului nervos şi, în ultimă instanţă, la apariţia tulburărilor nevrotice.

De reţinut:

Abuzul de somnifere este adesea adevăratul şi singurul vinovat de insomnie !

DR. **ILEANA ANTONESCU-BOTEZAT**
Medic principal psihiatru
Centrul de sănătate mintală Titan

CONSULTAŢII VESELE

Doctorul : — *Precizaţi cu aproximaţie cînd şi cum aţi răcit.*
Pacientul : — *Acum două zile, în biroul şefului. M-a săpunit prea mult !*

Doctorul : — *Soră, ceilalţi pacienţi de ce nu intră ?*
Sora : — *Aşteaptă ca să ieşiţi dumneavoastră !*

Doctorul : — *Soră, ai izolat bolnavul ?*
Sora : — *Izolat. Nu poate să intre nimeni : s-a blocat uşa !*

Doctorul : — *Ei, dragă moşule, ai o tensiune de flăcău !*
Pacientul : — *Vă cred, să trăiţi, dar unde-i flăcăul, că nu-l văd !?*

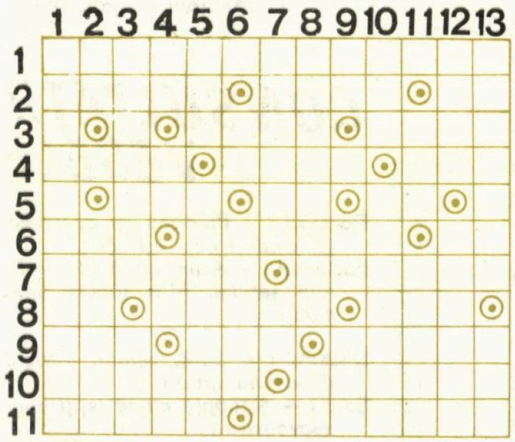
— *Ce mă fac, doctore, vreau să mă las de fumat, dar nu ştiu cum...*
— *Ascultă atent la mine.*
— *Ascult.*
— *Cap ai ?*
— *Am.*
— *Atunci trebuie să pricepi şi singur !*

— *Iar pe viitor, atenţie ! Pasul mai mic cînd alergaţi după femei : pericol de întindere musculară !*
— *O să am grijă : mă masez întîi cu Lasonil !*

Sora : — *Tovarăşe doctor, e un pacient la uşă. Zice că aşteaptă să intre la dv. de-un secol !...*
Doctorul : — *La mine ?*
Sora : — *La dv.*
Medicul : — *Are bon de ordine ?*
Sora : — *Are.*
Doctorul : — *Minte, soră. Eu sînt doctor abia de şase ani !*

Dr. MIHAI MATEICIUC

CAPUL



ORIZONTAL : 1. Se la cu mîinile de cap (fem.). 2. În cap — Pînă peste cap — Cap... fără cap ! 3. Oraș pe Mureș — A-i ieși din cap. 4. Cel deșteptător se pune la cap — Cu bătaie de cap — Îți stă pe cap. 5. Cuvînt strict tematic — Capul lui Ichim ! — Cap de serie ! 6. Haini — În cap — Creierul din cap ! 7. Ambarcațiuni — Aici se reprezintă „Capul de rățoi — de Gh. Ciprian (pl.). 8. I se pune capul în căpăstru — Luntre pescărească — Lac în Irlanda. 9. Se ridică la cap — De la un cap la altul — Scriitor austriac (1880—1942), autorul nuvelei „Capul". 10. Are cap, nu glumă — Se pun în supă. 11. Păstrat — „Capete" de vulcan.

VERTICAL : 1. Se dă peste cap și rezolvă problemele. 2. Uneori ! — Gh. Ciprian, de exemplu, pentru piesa „Capul de rățoi" (pl.) 3. Și-a pierdut capul — Rîu în Thailanda. 4. Nuc scorburos ! — Cap de savant ! — Dînsul — Durere de cap ! 5. Pînă la un cap de..., tot — Cu capul plecat, moțăind. 6. Radu Georgescu — Bătut în cap. 7. Vai de capul lui — Semidoct ! 8. Cap — Trece în față ! 9. Decilitru (abr.) — Întrebare — Rîu în Indonezia. 10. Orășel în Pakistan — Bătut la cap. 11. Rîu în Brazilia — Capete. 12. De obicei, capul familiei — Se află în cap. 13. Caută să înlăture capetele de acuzare — Ciocîrlie.

DICȚIONAR : Ree, Mun, Maam Utu, Ipe.

ADAM STOICA

Dialoguri

— Îmi pare rău, dar dintele dv. este mort !
— Și ce-i facem ?
— Îi punem o coroană !

*

— Doctore, spune-mi, te rog, din ce cauză am în permanență dureri de cap ?
— Se datoresc unui virus descoperit recent, care atacă părțile cele mai slabe ale unora !

*

— Tovarășă soră, cînd vine doctorul la program ?
— De unde să știu ? Ce, sînt prezicătoare ?

*

— Tovarășe student, enumeră oasele craniene...
— Parietalul... frontalul...
— Mai departe.
— O clipă, să mi le amintesc, că le am în cap !

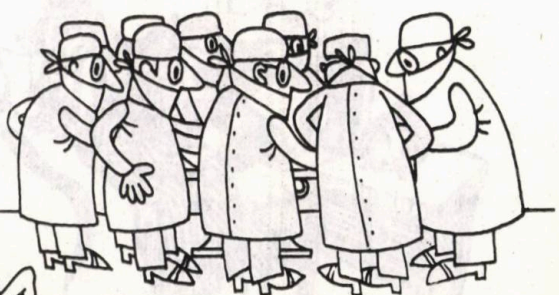
*

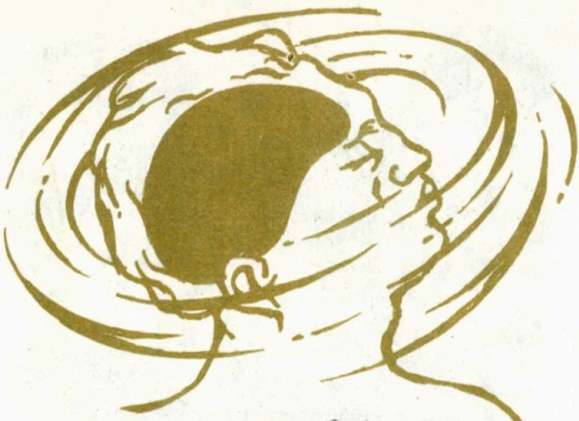
— Am venit să mă internez aici, la spital...
— Mai întîi, scoateți-vă pălăria.
— Dar ce, la acest spital internările se fac după forma capului ?

CULESE DE V. D. POPA

DESEN DE NIC. NICOLAESCU

Fără cuvinte...





VÎRSTE CRITICE

De impas psihologic

„Orice om dorește să trăiască mult, dar nici unul nu vrea să fie bătrîn".

J. SWIFT

Din punct de vedere teoretic, problema vîrstelor poate fi abordată din mai multe perspective : biologică, istorică, psihosocială și psihologică.

Perspectiva psihologică asupra vîrstelor reclamă precizarea sumară a noțiunilor de vîrstă cronologică (V. C.), de vîrstă psihologică (V. P.), precum și a raporturilor dintre ele.

Vîrsta cronologică ar reprezenta acea variabilă, relativ egalitară pentru toate persoanele născute la aceeași dată, servind drept reper vîrstei psihologice. Școlarizarea, majoratul sau pensionarea se stabilesc, astfel, după V. C. înscrisă în actele de identitate civilă.

Vîrsta psihologică — cu unitățile ei convenționale : vîrsta inteligenței, a creativității etc. — se referă în principal la stratificarea de conduite adaptative prin care personalitatea umană se „optimizează" (astfel de conduite sînt dezvoltarea stadială a operațiilor intelectuale sau procesul maturizării emoțional-afective).

Prin raportarea V. P. la V.C. se relevă diferențe care sînt fie de avans, fie de retard în dezvoltarea psihică (de exemplu, nu toți copiii încep să vorbească sau să meargă la aceeași vîrstă). Această optică ne permite să depășim interpretările „mecaniciste" și unilaterale potrivit cărora, în mod obligatoriu, toate persoanele în vîrstă de 35 de ani, de exemplu, ar trebui să posede aptitudinea „A" dezvoltată la valoarea „n".

Folosind același sistem de referință (V.C.), se pot desprinde cîteva tipuri „normale" de dezvoltare și de regresie a subsistemelor psihice.

În primul rînd, dezvoltarea subsistemelor psihice, difuză în primul an, se diferențiază și devine inegală în anii copilăriei, se maturizează treptat în adolescență, tinerețe și viața adultă și apoi intră, tot inegal, în regresie.

În al doilea rînd, există etape de dezvoltare predilectă a unuia sau a mai multor subsisteme psihice, dezvoltare care influențează dialectic dezvoltarea celorlalte.

Procesul dezvoltării psihice, reprezentat în esență printr-o succesiune neîntreruptă și din ce în ce mai complexă de stadii echilibrate și de stadii critice (mai puțin echilibrate), se caracterizează printr-un decalaj transversal (J. Piaget), adică printr-o dezvoltare inegală a diferitelor caracteristici psihice și psihofiziologice.

J. M. Tanner și colab. au subliniat faptul că este vorba de o dezvoltare dizarmonică, supusă tendinței continue spre armonizare.

Diagrama evenimentelor și solicitărilor vieții concrete poate alimenta „dizarmonizarea" realizată la un moment dat prin contradicțiile inerente dintre cerințele societății și posibilitățile, uneori limitate, de a răspunde acestor cerințe și, concomitent, dintre aspirațiile și expectațiile personalității umane vizavi de posibilitățile societății de a le satisface ; dar aceste contradicții devin însăși condiția reechilibrării sau armonizării laturilor dizarmonice.

Cînd însă „dizarmonia" depășește anumite limite de adaptare, apar dificultăți exprimate prin forme de adaptare dificilă-tensională (însoțite de neliniște sau teamă), de inadaptare (concretizate în tulburări de comportament, unele de tip delictual) și chiar de dezadaptare (însoțite de sentimente de înstrăinare), toate cu incidență în clinica de psihiatrie.

Există anumite perioade de relativă fragilizare a structurilor psihice, legate de „altoirea" pe un anumit statut de vîrstă (circumscris biologic și social) a unor stimulații de un gen sau altul, perioade care pot fi trăite ca momente de criză sau de impas psihologic.

Există crize de creștere legate de pubertate și care, de regulă, duc la o etapă superioară a dezvoltării. Există crize constînd din conflicte acute, privațiuni, nerealizarea unor expectanțe sau de sesizare a ratării unor oportunități în viața familială sau profesională etc., care pot fi urmate de progres sau regres.

După Inhelder, momentele de criză se explică nu atît prin condițiile evoluției psihice ca atare, cît prin cerințele educaționale și sociale.

În genere, fenomenele de criză psihologică pot fi calificate ca normale sau anor-

male, ca tranzitorii sau persistente (datorite unor eşecuri minore, pierderii unor persoane apropiate, nerealizării profesionale ş.a.m.d.).

Cînd criza survenită este foarte intensă sau bruscă, sau antrenează aproape toate structurile personalităţii, efectele se pot amplifica indefinit, generînd, nu în puţine cazuri, maladii nervoase sau somatice.

Intensitatea însă a trăirii impasului este în funcţie de structura personalităţii, de nivelul intelectual, de gradul de angajare în plan familial sau socio-profesional, precum şi de alţi factori de ordin contextual.

Astfel, din optica ciclurilor vieţii, se apreciază adolescenţa şi vîrsta a treia, precum şi perioadele de tranziţie de la un stadiu de vîrstă la altul, ca reprezentînd terenuri mai fragile, pe care se pot grefa cu mai multă uşurinţă stări critice, a căror depăşire devine condiţie de progres sau regres a personalităţii.

Adolescenţa, cu latura sa complementară — pubertatea — are un caracter relativ seismic şi dramatic, pe de o parte datorită fragilităţii de fond a personalităţii (prin necristalizarea identităţii proprii şi prin legitatea autonomizării valorice, emoţionale şi economice), pe de altă parte datorită creşterii — în puseu — şi maturizării sexuale.

Ritmurile dezvoltării organice şi psihologice nefiind egale, între aceste două serii de fenomene şi înlăuntrul fiecăreia din ele pot interveni unele decalaje, disproporţii sau contradicţii. M. Mead a constatat că în unele colectivităţi australiene nu se cunoaşte fenomenul de criză pubertară, pentru că nu se pun problemele socio-culturale din cadrul societăţilor civilizate. Fenomenele de criză — de genul teribilismelor, opozabilităţii crescute ca tentativă de ieşire din conformismul infantil sau crizelor de originalitate — şi manifestările psihopatologice de la această vîrstă (fenomene astenice, autism, psihoze infantile, structurări dizarmonice de personalitate etc.) sînt consecinţele permeabilităţii structurilor psihice la diversele noxe endo-exogene, care pot fi însă prevenite sau evitate. Stările conflictuale sau critice nu sînt obligatorii şi nu fac parte din însăşi desfăşurarea normală a adolescenţei.

În ceea ce priveşte „criticismul" (tendinţă de a critica cu orice preţ, fără discernămînt, de a exagera laturile negative ale lucrului criticat) vîrstelor de involuţie, factorul favorizant invocat cel mai frecvent (prin revers cu adolescenţa) este dezangajarea profesională, factorii hormonali, trofici sau dinamogeni intervenind în ordine secundă (îmbătrînirea fiziologică, spre deosebire de cea patologică, se realizează fără seisme biologice prea evidente).

Dezoficializarea profesională restrînge cîmpul relaţiilor sociale, iar prin decesul posibil al unuia din parteneri sau prin plecarea copiilor se ajunge şi la o „denuclearizare" familială. În acest caz, impasul este trăit dureros şi persistent, prin sentimente de inutilitate şi abandon şi (sau), frecvent, prin refugiu în boală. Preîntîmpinarea sau depăşirea crizei marcate prin ieşirea la pensie ar corespunde, în plan individual, prin „pregătirea" acestei schimbări de statut, în sensul reajustării intereselor şi a dorinţelor latente — culturale, de loasir — iar în plan social, prin constituirea cadrului socio-ocupaţional (de exemplu, prin activităţi obşteşti), care să asigure utilizarea pentru societate a cantităţilor remarcabile de experienţă, inteligenţă şi aptitudini de rezervă de care dispun vîrstnicii, prin creşterea longevităţii.

Printre intervalele de tranziţie cu un potenţial mai mare de „criticism", se numără şi etapa de trecere de la adolescenţă la vîrsta adultă.

Criza „de identitate", care domină perioada cuprinsă între 17—25 de ani, este generată de coexistenţa statutului de adolescent (cu roluri biologice şi sociale virtuale de adult) cu cel de adult-tînăr.

Pentru tînăr este trecerea de la starea de „copil-bărbat" la aceea de „bărbat-tînăr", iar pentru adolescentă, de la starea de „copil-femeie", la aceea de „femeie tînără".

Tot aşa, s-a acreditat ideea că între 40 şi 50 de ani (perioadă de repliere şi bilanţ, de căutare de noi repere în viaţă şi activitate), nevoia de schimbare este aşa de mare, încît omul îşi schimbă fie locuinţa, fie slujba, fie partenerul de viaţă. Unii autori vorbesc în această direcţie de o a

doua criză de originalitate (prima avînd loc în adolescență) și, concomitent, de o rată mai mare de deces la persoanele foarte angajate profesional, în caz de insuccese repetate sau de neșanse succesive.

Observațiile prezentate nu epuizează toate datele problemei, pentru că :

— momente de impas psihologic pot, practic, surveni la orice vîrstă ;

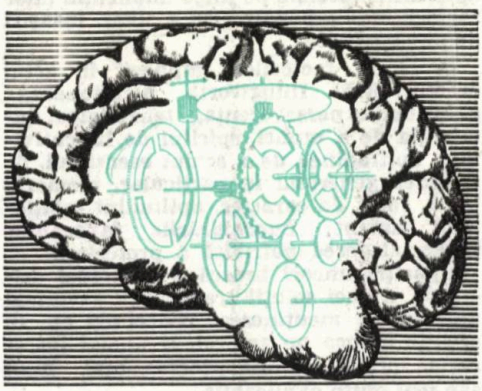
— momente de criză pot apărea cu frecvență mai mare : în primul an de viață, la intrarea în școală, în primul an „de ucenicie" la locul de muncă, la constituirea unei familii, în perioada de gestație, la apariția menarhei, la climacterium sau andropauză etc. — momente favorizate predominant, fie de factorii biologici, fie de cei social-situaționali ;

— virtual, vîrstele critice pot să fie trăite ca vîrste neproblematice, „oportune", impactele critice lipsind, datorită interacțiunilor optime și acomodative dintre instanțele individuale și cele sociale.

PSIHOLOG **GABRIELA MIHĂILESCU**
Centrul de sănătate mintală Titan

CREATIVITATEA ?

un dat genetic, sau un model de acțiune



PSIHOLOG **GABRIELA STOLTZ**
Centrul de sănătate mintală Titan

La baza realizărilor din toate domeniile cunoașterii, tehnicii, artei, se află forța de creație a omului. Prin creații originale, prin invenții și realizări de tot felul omenirea a parcurs laborioasul drum al progresului, ajungînd pînă la actualul nivel social-economic. Caracteristica epocii din care facem parte o constituie ritmul accelerat al procesului de înnoire, de schimbare. Omul zilelor noastre este în același timp un beneficiar al înaltelor cote de dezvoltare a culturii și civilizației, cît și un participant activ la progres, prin valorificarea maximală a imaginației, ingeniozității, originalității în activitățile desfășurate.

Deși creativitatea este o capacitate psihică general umană, prezintă totuși numeroase variații individuale. Creativitatea există în stare potențială la toți indivizii, la toate vîrstele, dar nivelurile și domeniile de manifestare sînt diferite.

Au fost depășite concepțiile care considerau creativitatea drept un „dat divin" rezervat unor privilegiați ai soartei. Absolutizînd rolul eredității se exclude automat rolul muncii și al factorilor educaționali. F. Galton, susținînd că aptitudinile creatoare sînt înnăscute, considera că în popor există atîtea talente cîte s-au afirmat și sînt cunoscute, iar condițiilor social-educative le-ar reveni un rol cu totul neînsemnat în absența unei înzestrări native. Acceptînd rolul eredității se ajunge la un determinism ilogic. Un cunoscut cercetător în domeniul creativității, Osborne, consideră că o persoană este fie creatoare, fie necreatoare și, în această privință, nu mai este nimic de făcut.

Excluzînd rolul eredității în manifestările creativității ne-am situa într-o poziție la fel de neștiințifică. Factorii de mediu nu pot modela, forma, programa o personalitate umană fără să se intercondiționeze cu predispozițiile ereditare.

În dialogul ereditate-mediu, rolul determinant revine mediului socio-cultural-educațional. Orice individ uman, înzestrat nativ cu posibilități creatoare, devine realmente creator numai datorită condițiilor sociale, culturale și de educație existente în colectivitatea în care se formează.

Acordînd credit factorilor de mediu, implicit îi acceptăm valențele educaționale în creativitate.

Ce este de fapt creativitatea ?

În încercările de definire a creativității accentul este pus uneori pe produsul

creat, alteori pe procesul creator sau pe persoana creatoare.

În accepțiune largă creativitatea este considerată ca un proces care duce la un anumit produs caracterizat prin originalitate sau noutate și prin valoare sau utilitate pentru societate (Al. Roșca).

Actul creator poate căpăta caracteristicile de originalitate, noutate, valoare, prin raportarea la individul creator sau, în ansamblu, la societate. Din punct de vedere psihologic intră sub incidența creativității orice produs sau proces care prezintă caracteristicile amintite, chiar și numai pentru persoana care l-a creat. Constituie astfel un act de creație : o compunere, o rezolvare originală de probleme, soluții, idei, metode etc. care nu sînt noi pentru societate, dar la care s-a ajuns pe o cale independentă și sînt noi, originale, pentru persoana care le-a creat. Încurajînd, cultivînd, dezvoltînd aceste manifestări individuale asigurăm, potențializăm, creativitatea autentică cu rezonanță socială.

Pe plan social numai noul raportat la cunoașterea și interesele colective, cu elemente de progres uman, este recunoscut și validat ca rezultat al creativității persoanelor. Aprecierea produselor creatoare, ca fiind de importanță majoră sau minoră, este în funcție de valoarea lor socială și de acceptarea de colectivitate și nu de efortul creator al indivizilor investit în producerea noului. Creația caracterizată atît printr-o valoare excepțională pentru societate, cît și printr-o originalitate maximă este socotită, obișnuit, genială. Omul de geniu creează epocă în domeniul lui de creație.

Potențialul creator este propriu tuturor oamenilor care beneficiază de gradul necesar de înzestrare și de condițiile societății din care fac parte, evident, în limitele unei game largi de niveluri, dar, oricare ar fi valoarea acestui potențial, el este foarte prețios pentru patrimoniul național și universal, atunci cînd se valorifică ca un act de creație autentică.

Creativitatea este determinată de anumiți factori care, prin simplificare, pot fi grupați în subiectivi (însușiri ale subiectului creator) și obiectivi (condițiile social-economice).

Pe linia factorilor subiectivi rol major revine inteligenței. J.O. Guilford distinge două tipuri de inteligență : convergentă și divergentă.

Creativitatea, considerată sinonimă cu gîndirea divergentă, este facilitată de următorii factori : flexibilitate, fluiditate, originalitate.

Flexibilitatea constă în capacitatea de adaptare rapidă și eficientă la situațiile noi, de renunțare la structurile rigide și efectuarea celor mai neașteptate transferuri.

Fluiditatea definește rapiditatea și bogăția desfășurărilor intelectuale, ușurința actualizării asociațiilor și exprimării ideilor. Fluiditatea poate fi, după Guilford, ideațională, asociativă și de expresie.

Originalitatea se exprimă prin caracterul neuzual și variat al răspunsurilor, respectiv prin răspunsuri cu totul deosebite de ceea ce este comun, banal, frecvent.

Cu toată importanța deosebită a factorului intelectual, inteligența singură nu poate garanta creativitatea.

Adeseori este necesară prezența unor aptitudini speciale pe lîngă implicația unor factori motivaționali sau a unor însușiri de personalitate.

Pe linia factorilor implicați în actul creator, R.S. Illingworth menționează : persistența, perseverența, tenacitatea, înclinația de a munci, spiritul de inventivitate, aptitudinea de a schița esențialul, de a vedea generalul în particular, memoria bună, forța de caracter, aptitudini relaționale umane, împrejurările favorabile, șanse, alegerea potrivită a profesiunii.

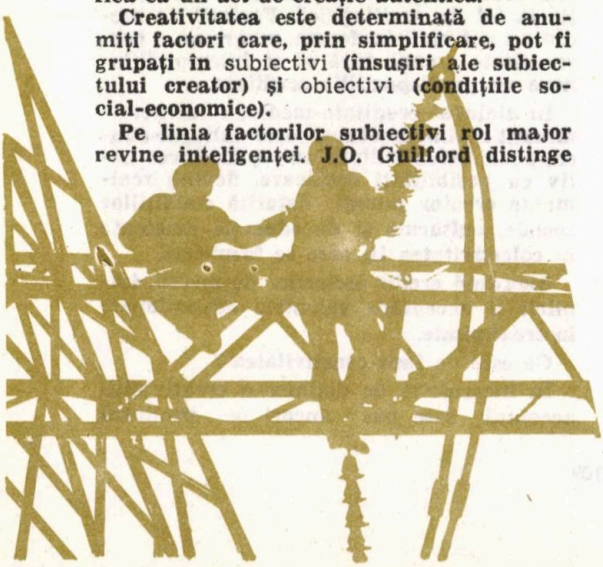
Apariția uneori bruscă a unei idei originale, a unei soluții creatoare a favorizat apariția și menținerea concepției că în creație munca nu are rol, ci numai inspirația, intuiția și alte procese, mai mult sau mai puțin explicabile.

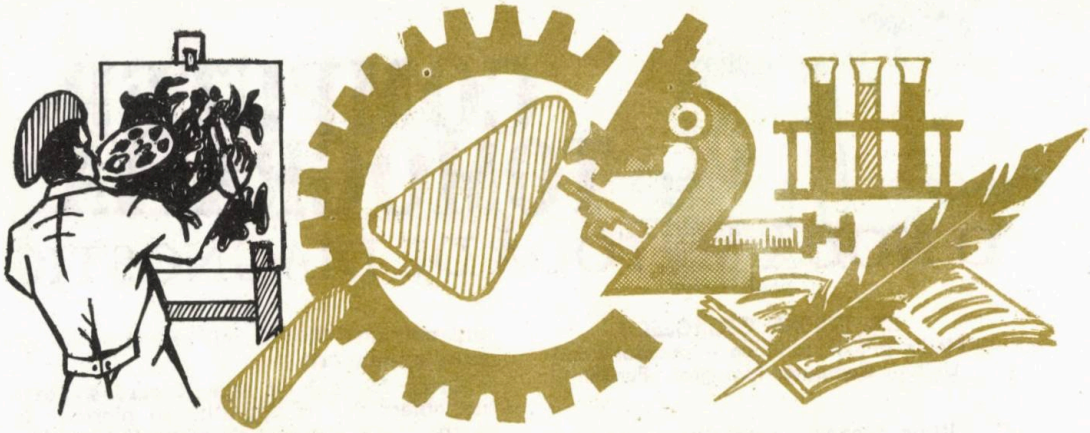
De fapt, fără o pregătire conștientă, intensă și deseori îndelungată, nu se poate ajunge la performanțe creatoare. Edison spunea că în creație 99% este transpirație și numai 1% inspirație, iar Newton, că geniul este o lungă răbdare.

Importanța factorului muncă în afirmarea talentului și a creativității este pe deplin confirmată de numeroși creatori din toate domeniile de activitate. Beethoven, deși surd, a creat, spre bătrînețe, opere muzicale inegalabile ; Luchian, cu mîna paralizată de care-și lega pensula, ne-a lăsat numeroase opere de artă plastică etc.

Talentul și inspirația fără muncă de dăruire n-au reușit niciodată să nască un creator, afirmă sculptorul Boris Caragea.

Cercetările axate pe problema creativității au deschis largi perspective factorilor educaționali. Pentru stimularea creativității întregului nostru sistem de învățămînt,





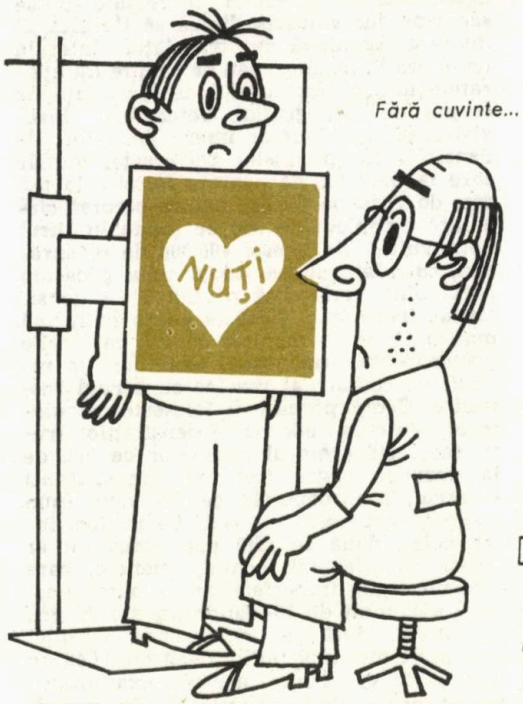
începînd cu nivelul preşcolar, îşi perfecţionează permanent metodele euristice de antrenare timpurie a factorilor intelectuali menţionaţi, de formare a deprinderilor de muncă susţinută, de dezvoltare a interesului, curiozităţii, a unei baze motivaţionale de nivel superior.

În trecut a dominat ideea geniului individual, concepţia individualistă, după care orice mare teorie, descoperire etc. este produsul unui spirit solitar. Astăzi, cercetările au dovedit superioritatea grupului faţă de individul izolat. În condiţiile grupului oamenii nu se completează numai, ci se şi stimulează, însuşirile creatoare ale fiecăruia fiind sporite de cooperarea, interschimbul de idei, verificarea reciprocă etc.

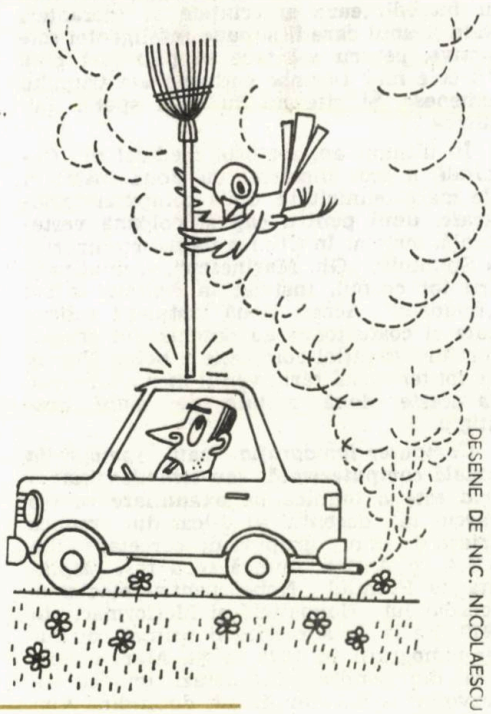
Pentru stimularea creativităţii în grup se propun ca tehnici speciale organizarea de grupe creative, activităţi de rezolvare în grup a problemelor etc.

Preocupările pentru valorificarea potenţialului creator la nivelul societăţii s-au concretizat în acţiunile culturale realizate în cadrul ediţiilor „Cîntarea României", acţiuni ce impulsionează creativitatea în cele mai variate domenii : artă, cercetare ştiinţifică, tehnică, competiţii sportive etc.

O societate care creează premisele desfăşurării în masă a creativităţii îşi asigură progresul culturii şi civilizaţiei.



Fără cuvinte...



DESENE DE NIC. NICOLAESCU

COMPUTER-TOMOGRAFIA

O NOUĂ METODĂ DE DIAGNOSTIC

DR. ŞERBAN GEORGESCU
Medic primar radiolog – coordonatorul Unităţii Computer-Tomograf „Fundeni"

Ultima decadă a secolului nostru a reprezentat pentru medicina diagnostică un imens salt înainte prin introducerea şi extinderea unei noi tehnici de examinare, aceea a diagnosticului prin imagine sau, mai pe scurt, „imagistica medicală". A apărut diagnosticul cu izotopi, ultrasonografia, tomografia computerizată, tomografia de emisie cu pozitroni, substracţia digitală de imagine şi, în fine, rezonanţa magnetică nucleară.

Toate aceste tehnici noi de diagnostic s-au născut şi dezvoltat prin realizarea unei fericite simbioze între radiografia clasică şi tehnica modernă de calcul. Au rămas în urmă vremurile pionieratului radiologic şi astăzi, de o parte şi de alta a unui calculator stau doi oameni, unul care îi încredinţează suferinţele şi speranţele sale şi unul care îl supune inteligenţei sale active, pentru a-l face să pătrundă pînă în cele mai ascunse cotloane ale trupului omenesc. Şi cîte nu au să-şi spună unii altora ?!

În ultimul an, sectorul medical din Capitală a fost înzestrat cu două instalaţii de mare tehnicitate, două computer-tomografe, unul pentru cap şi coloană vertebrală, instalat în Clinica de neurochirurgie a Spitalului „Gh. Marinescu", şi unul pentru tot corpul, instalat la Spitalul clinic „Fundeni". Aceste două instalaţii sofisticate şi costisitoare au deschis noi orizonturi investigaţiei complexe a bolnavilor de pe tot teritoriul ţării, veniţi în număr mare la aceste două spitale de mare prestigiu.

Computer-tomografia sau *tomografia axială computerizată* sau *tomodensitometria* este o tehnică de examinare ce s-a născut în deceniul al 8-lea, din munca uriaşă a unor grupuri de cercetare din S.U.A. şi Anglia, muncă ce a fost răsplătită cu Premiul Nobel pentru medicină, acordat lui Hounsfield şi McCormac, în 1979. De la data realizării primei computer-tomografii în 1972 la St. Mary's Hospital din Londra, pînă astăzi, tehnica s-a dezvoltat şi s-a amplificat, dobîndind virtuţi noi, care i-au permis obţinerea de rezultate uluitoare.

Orice fascicul de raze X care străbate un obiect de radiografiat se pierde, în parte, fiind absorbit de respectivul obiect pe care l-a traversat. Ce a mai rămas din fluxul de raze merge să impresioneze placa fotografică. Dacă placa fotografică este însă înlocuită cu un material cu particularităţi ionizante (care se electrizează), aceasta poate transforma energia fasciculului de raze în energie electrică. Microcurenţii astfel născuţi constituie o materie primă excelentă pentru a fi oferită spre prelucrare unui calculator. Dacă ne referim la o rază X unică punctiformă, ea traversează un număr de puncte prin corpul de radiografiat, se absoarbe parţial şi ajunge la detectorul de material ionizant de o intensitate invers proporţională cu grosimea şi consistenţa corpului străbătut. Orice mişcare, cît de mică, atribuită acestei raze unice face ca punctele traversate să se schimbe, iar valoarea finală să fie alta. O mişcare complexă de translaţie laterală (cum era la început) sau de rotaţie (la aparatele noi) a fasciculului de raze, faţă de corpul de radiografiat, determină înregistrarea unui număr imens de valori de densităţi ale punctelor traversate, număr care la modelul de aparate folosite la noi este de aproape 400 000 pentru o cursă circulară completă de 360 de grade în jurul bolnavului. Din aceste 400 000 de măsurători, calculatorul, pe baza unui program prestabilit, realizează o „hartă" a densităţilor traversate. Aceasta apare în formă materială pe un monitor de TV, ca o felie transparentă prin corpul examinat, la nivelul de contact al razelor cu corpul respectiv. Codul pe care îl foloseşte calculatorul pentru a reda harta densităţilor traversate este acela al nuanţelor de gri, de la aproape negru (cel mai transparent) — aerul, la aproape alb, cel mai dens (mai puţin transparent) — osul. La mijloc, între cele două se află apa. Dacă nu ar exista calculatorul, ochiul omenesc, care este un organ imperfect, nu ar putea percepe mai mult de 18—20 de nuanţe de gri. Maşina îl ajută pe om, operînd, cu nici mai mult nici mai puţin, decît cu 2 048 de nuanţe de gri. Dintre acestea, examinatorul le poate alege pe cele 18—20 care îi

convin cel mai bine pentru a putea vizualiza amănuntul sau leziunea care îl interesează. Aceasta este înregistrată pe o memorie mobilă, pe disc suplu sau pe un film, şi devine document de uz general pentru toţi ochii care o privesc, devine imaginea leziunii bolnavului, reprezentarea materială, vizuală, a bolii.

În situaţia la care ne referim, noţiunea de „material" înseamnă în acelaşi timp şi strict obiectiv. Calculatorul lucrează după principii strict matematice ; tot ceea ce el prelucrează şi oferă medicului diagnostician sînt valori matematice absolute. Astfel se pot calcula 100% exact : dimensiuni, volume, unghiuri şi, cel mai important, esenţial pentru diagnostic — densităţi. Aceste densităţi obiective reprezintă funcţia operaţională de bază a aparatului, ele permit diferenţierea foarte exactă a două ţesuturi aflate în contact direct în orice parte a organismului, cu condiţia ca diferenţa de densitate dintre ele să fie de minimum 2 unităţi Hounsfield, adică de numai două diviziuni din cele 2 048 de nuanţe de gri pe care le percepe calculatorul. Astfel se pot „vedea" în organism organe mici, pe care nici o altă metodă nu le vizualizează corect, ca de exemplu glanda suprarenală, pancreasul etc. În acelaşi timp, graţie acestei particularităţi a aparatului, se poate vedea orice ţesut străin inclus într-un organ mare, ca de exemplu metastaze, chisturi în ficat, rinichi, creier, chiar dacă dimensiunile lor nu depăşesc 1 cm diametru. Acolo unde diferenţele de densităţi sînt prea mici pentru a oferi imagini concludente, se pot folosi substanţe de contrast injectate simplu, intravenos, la braţ. Acestea, prin difuziunea lor, cresc contrastul dintre ţesuturi, imperceptibil pentru orice altă metodă, dar suficient pentru calculatorul care „vede" ceea ce nu poate vedea nimeni.

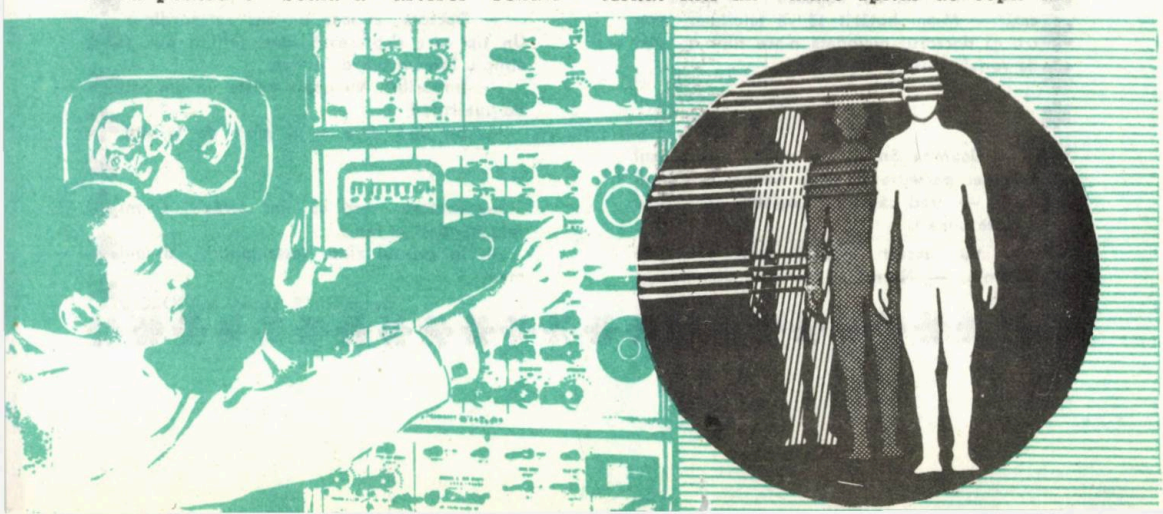
În acest fel, „văzînd" ce şi unde nimeni şi nimic nu poate vedea, computer-tomograful, mînuit cu pricepere, a schimbat soarta multor bolnavi.

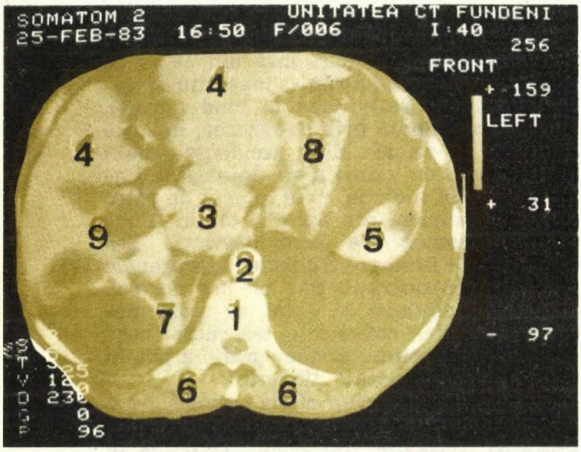
D. F. are 21 de ani ; este asistentă medicală ; a fost operată cu cîţiva ani în urmă pentru o boală a arterei renale drepte, care producea o tensiune arterială cu valori foarte mari, pînă la 30 cmHg. După operaţie i-a mers însă din ce în ce mai rău, tensiunea a rămas mare, nu-şi putea desfăşura activitatea în mod normal, părea condamnată prin expunerea, în orice moment, la oricare din accidentele bolii hipertensive cu valori mari. Înţelegînd importanţa noii metode, i s-a indicat de către medicii clinicieni din Spitalul clinic „Fundeni" o tomografie computerizată. S-a descoperit o tumoare a glandei suprarenale stîngi. După operaţie este un om normal. Şi cînd te gîndeşti că 4 ani, cu toate metodele cele mai sofisticate, s-a căutat ceea ce examenul computer-tomografic a pus în evidenţă în jumătate de oră !

C. O. este tehnician silvic ; suferă de o gravă afecţiune neoplazică a ganglionilor limfatici. Necesită tratament complex la care, pentru a fi început corect, este necesară cunoaşterea determinărilor ganglionilor din cavitatea abdominală. Examenul computer-tomografic a pus în evidenţă ganglioni subdiafragmatici normali. Rapid ! Simplu ! Pînă în urmă cu 3 luni, acest simplu gest diagnostic necesita operaţie şi controlul chirurgical al cavităţii abdominale, cu toate riscurile lui.

A. S. suferă de dureri abdominale atroce ; a umblat din spital în spital ; nimeni nu i-a dat de capăt. La Spitalul clinic „Fundeni" este suspectat de o pancreatită. S-ar putea face o intervenţie chirurgicală, dar aceasta este foarte dificilă şi ar duce la invaliditate un om tînăr, de 40 de ani, prin instalarea diabetului secundar. Chirurgii ezită ! După o perioadă de 2 luni, cît s-a întors acasă descumpănit, bolnavul revine hotărît să se supună intervenţiei chirurgicale cu orice risc, numai să scape de dureri. Chirurgii tot nu sînt convinşi că fac bine ! Se indică o tomografie computerizată şi se stabileşte diagnosticul cert de pancreatită cronică chistică. Mai mult, coada pancreasului nu este atinsă de boală. Bolnavul este salvat, se poate opera fără să rămînă diabetic. Toată lumea răsuflă uşurată.

Copilul *C. S.*, de 2 ani şi 2 luni, este internat într-un mare spital de copii din





București, suspectat de o tumoare renală. Soarta lui pare pecetluită ; părinții refuză să creadă. Medicii indică tomografia computerizată pentru a convinge familia că analizele efectuate pînă în momentul respectiv aveau dreptate. *Dar, stupoare !* Computer-tomograful indică un chist hepatic mare, care împinge și deformează polul superior al rinichiului stîng. *Copilul are un bun prieten, un ciine !* Chistul hidatic hepatic s-a eliminat chirurgical ; părinții copilului și medicii, toți sînt fericiți. Un pui de om s-a născut a doua oară !

Pe lîngă toți cei a căror soartă s-a schimbat într-o clipă, grație grijii pe care le-o poartă conducerea de partid și de stat și a minunatei minți omenești, mulți alții își leagă speranțele de această prețioasă instalație. Dintre ei unii nu beneficiază de un spor substanțial de diagnostic față de metodele clasice, alții sînt încă incomplet investigați și poate ar putea fi lămuriți mai simplu. Toți acești bolnavi au deschise porțile noilor aparate cu discernămînt, cu indicație fermă și clară. Un examen tomografic costă multe mii de lei și nimeni nu are dreptul să risipească banii țării. De veghe stau medici specialiști, cunoscători ai indicațiilor și limitelor metodei, care investighează și recomandă examenul acolo unde el este necesar și indispensabil.

Grație tuturor acestor eforturi și sacrificii, medicina românească a mai făcut un pas înainte pe calea perfecționării continue a diagnosticului, în slujba tuturor celor suferinzi.

ANECDOTE

Asistenta medicală răspunde la telefon.

— Spuneți-mi, vă rog, — zice vocea, — cum se simte pacientul Popescu ?

— Un moment, vă rog, să mă uit în fișa lui. Da, merge spre bine. Doctorul a scris în fișă că-i dăm drumul vineri.

— Oh, minunat !

— Cine să-i spun că s-a interesat de el ?

— Sînt chiar eu, Popescu ! — spune vocea. — M-am hotărît să vă telefonez, pentru că doctorul niciodată n-are timp să stea de vorbă cu mine.

*

— Doamnă Smith, — spune ginecologul drăguței paciente pe care tocmai a examinat-o, — cred că sînt în măsură să vă dau o veste bună !

— Vă ascult bucuroasă, — răspunde pacienta. — Numai că eu sînt domnișoara Smith.

— În cazul acesta, domnișoară Smith, mă tem că mai degrabă vestea este proastă !

*

Roberts crede că e canibal și familia l-a convins să meargă să consulte un psihiatru. Cînd Roberts se întoarce acasă, după prima vizită, nevasta îl întreabă :

— Ei, cum ți s-a părut medicul ?

— Delicios ! — răspunde Roberts, lingîndu-și buzele.

*

— Doctore, cunosc un caz extraordinar. Un tip care deplasează tone suflînd pur și simplu într-un tub de metal.

— Imposibil. Nu poate exista un om atît de puternic !

— Ba da ! Este șeful gării de la noi.

*

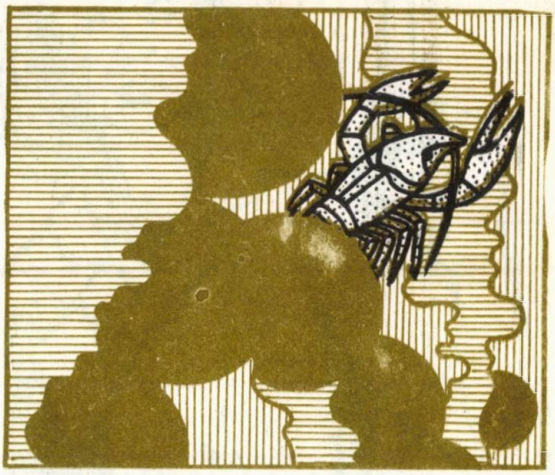
— Doctore, cred că sînt otrăvit. Ce-mi recomandați să fac ?

— În primul rînd, testamentul, dragul meu !

CULESE DE **ELISA MADOLCIU**

Proteina A stafilococică

un nou remediu împotriva cancerului?



Proteina A, constituent al peretelui celular al *Staphylococcus aureus* (tip Cowan I), a fost descrisă încă din 1966, de către Forsgren și Sjöquist. În ultimii ani a devenit obiectul preocupărilor cercetătorilor oncologi, datorită efectului ei „tumoricid" (necrozant asupra tumorilor), semnalat ca fenomen de observație de Bansal și colab., în 1978, și demonstrat apoi experimental de către David Terman și colab., din Departamentul de Medicină de la Baylor College – Huston, Texas.

Prin experimentul inițial, Bansal a semnalat că plasma sanguină de la un bolnav cu cancer de colon, pusă extracorporal în contact cu proteina A stafilococică și reinjectată pacientului respectiv, avea un efect „tumoricid".

Stimulat și de faptul că Shearer evidențiase *in vitro* efectul inhibitor al proteinei A asupra înmulțirii celulelor tumorale, Terman și colab. au reluat experimentul lui Bansal în mai multe variante, pe cîini cu cancer mamar.

Plasma provenind de la cîine cu cancer, trecută pe un substrat conținînd proteina A stafilococică și reinjectată cîinelui cu cancer, determină în 4–8 ore un răspuns hiperemic progresiv la nivelul tumorii, ajungînd în 12 ore la fenomene hemoragice și necroze difuze. Repetarea experimentului la 21 de zile a determinat reacții mult mai rapide și mai intense, leziunile necrotice cutanate vindecîndu-se în 12–18 zile.

Efectul necrozant asupra tumorilor la cîine a fost mai rapid și mai intens prin asocierea concomitentă a unui citostatic – cytosine-arabinoză.

Într-un alt experiment, Terman a demonstrat că numai plasma trecută peste stafilococ care conține proteină A induce un efect „tumoricid". Plasma trecută pe stafilococ fără proteină A nu a indus asemenea efecte.

Într-o etapă ulterioară a fost studiată influența proteinei A stafilococice asupra adenocarcinomului mamar la 5 paciente oferite voluntar. Acest studiu a permis o serie de observații, dintre care unele deosebit de promițătoare :

– plasma sanguină a bolnavilor, trecută printr-un filtru conținînd proteină A și reperfuzată bolnavilor, produce un efect necrozant asupra carcinomului mamar, urmat de reducerea volumului tumorii și modificări histopatologice favorabile evidente în țesuturile tumorale, într-un interval variabil de 12–21 de zile ;

– plasma de la om normal tratată în aceleași condiții și perfuzată pacienților cu cancer nu a avut nici un efect ;

– plasma unor paciente s-a dovedit mai „activă", determinînd efecte necrozante mai intense, atît la donator, cît și la ceilalți bolnavi ;

– nu s-au observat modificări cantitative și calitative ale proteinei A stafilococice după trecerea plasmei provenind de la bolnave cu adenocarcinom.

În mod evident, rezultatele primelor încercări sînt încurajatoare. Este necesară, însă, lămurirea multor aspecte practice asupra parametrilor de cantitate plasmă/proteină A, număr perfuzii, interval optim etc., fără a mai vorbi de mod de acțiune, posibilități de potențare a efectelor favorabile ș.a.

Chiar unele aspecte tehnice, ca de exemplu modul de a folosi proteină A purificată (foarte scumpă) ori legată de peretele bacterian (în suspensie și deci foarte accesibilă), ridică discuții.

Recent s-au folosit în experimente similare celor ale lui Terman suspensie de stafilococ

conținînd proteină A în loc de proteină A purificată.

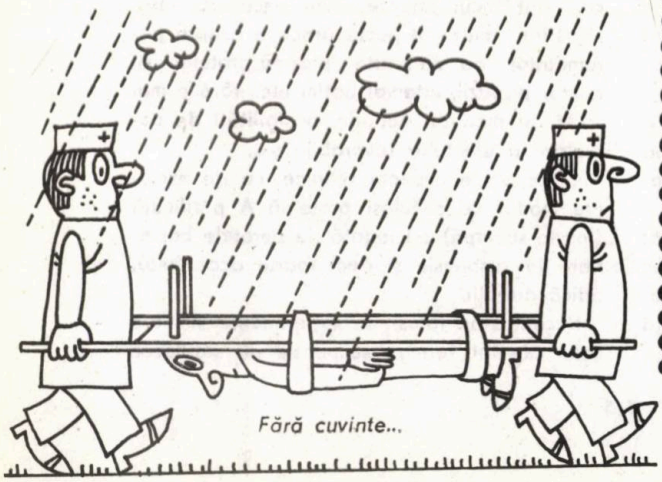
Ne aflăm în faza unor experimente de început, ale căror perspective sînt greu de evaluat în momentul de față.

Ele se încadrează în multitudinea de încercări de a găsi o modalitate terapeutică eficientă față de una din cele mai teribile boli din zilele noastre.

Și, ca în fața multor altor „descoperiri", ne întrebăm dacă proteina A se va dovedi ori nu un remediu real, maniabil și eficient împotriva cancerului.

DR. M. NEGUȚ
Șef laborator enterobacterioze
Institutul Cantacuzino — București

DESEN DE NIC. NICOLAESCU



Fără cuvinte...

Țigara

Țigara e un fel de tub
Plin cu tutun subțire,
Ce pune pe atîția sub
A ei înrîurire.

De peste-un secol și ceva
A cucerit planeta.
Și ne aduse după ea
Scrumiera și bricheta.

Se vinde pusă în pachet
Cu nume felurite
Și a ajuns un tabiet
La modă, pasămite.

Arzînd încet, scoate un fum
Ce intră-n lenjerie
Și-o umple bine cu-n parfum
Demn de tutungerie.

Ce roade știe să ne dea ?
Paloare permanentă,
O apăsare în piept, grea,
Și-o tuse violentă.

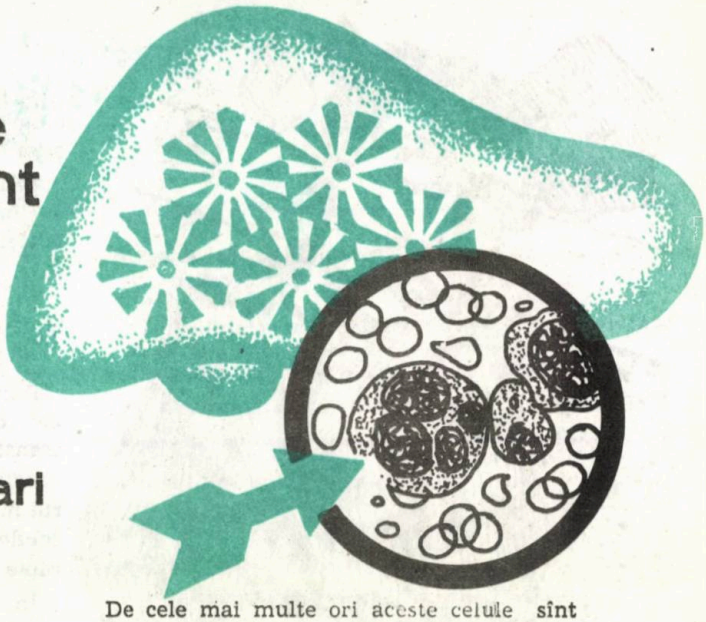
După asemenea-nceput,
Urmează o gastrită,
Un ulcer, repede făcut,
Sau inima slăbită.

Și, de aici, în mod fatal,
Fumatul mai departe
Pe om îl duce la spital,
Ba chiar în altă parte.

Asta-i țigara, vorbind clar :
Ne-aduce-o soartă-albastră.
Deci, să o ardă focul, dar
Nu... stînd în gura noastră !

V. D. POPA

Noi mijloace de tratament în LEUCEMIILE ACUTE



Reversorii celulari

„În prezența unui bolnav cu leucemie acută primul scop al medicului este acela de a obține o remisiune, al doilea de a încerca să-l vindece".

G. MATHÉ

I. Incursiune în istoricul leucemiilor

Deși leucemiile au fost recunoscute încă de pe vremea lui Hipocrate, individualizarea lor ca „boli de sînge" nu s-a făcut decît la mijlocul secolului al XIX-lea. Astfel, în 1839, Donné a făcut prima descriere a celulelor leucemice la microscop. În jurul anului 1845, leucemiile au fost denumite, de către Virchow, boli ale „sîngelui alb". În perioada 1925—1950 au fost descrise aproape toate formele clinice (acute și cronice) și tipurile citologice (mieloide, limfoide, monocitare etc.) de leucemii. Dintre leucemiile acute mieloide, leucemia acută promielocitară a fost bine delimitată, prin caracteristici clinice, citologice și terapeutice, de Jean Bernard, ceea ce a făcut ca ea să fie denumită și „sindromul Jean Bernard".

II. Ce sînt leucemiile ?

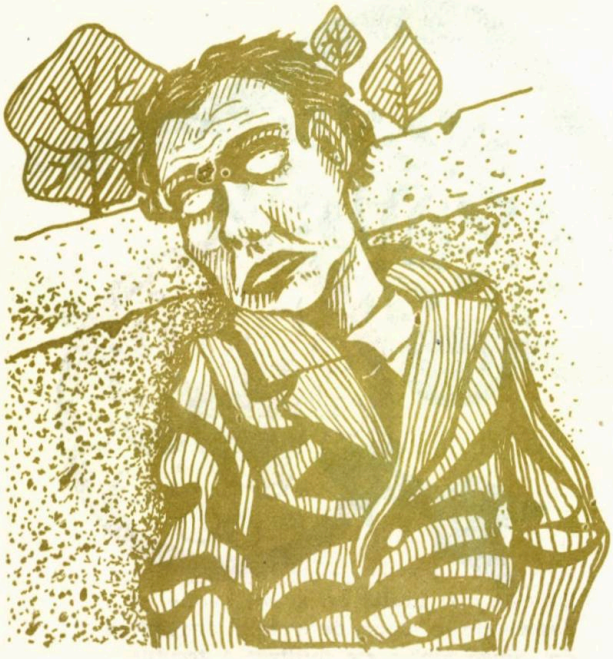
Leucemiile sînt boli ale organelor în care se produc celulele sîngelui (măduva osoasă, ganglionii limfatici și splina). Tulburarea fundamentală din leucemii este înmulțirea celulelor din aceste organe, înmulțire anarhică, nelimitată, indefinită. De cele mai multe ori aceste celule sînt descărcate în sînge, de unde și denumirea de „sînge alb" ; ele infiltrează țesuturile și organele, ducînd la anemie, sîngerări și infecții.

În *leucemiile acute* celulele suferă un *blocaj de maturație* (adică celulele leucemice nu se mai transformă în celule mature, active) și organismul este invadat de celule imature, tinere, nefuncționale.

În *leucemiile cronice* înmulțirea celulelor se produce în toate etapele de maturație, astfel încît în sînge apar puține celule tinere și multe celule adulte.

III. Monochimioterapia și polichimioterapia

După aproximativ 100 de ani de la descrierea leucemiilor s-au obținut primele succese terapeutice. În 1948, Farber a observat că acidul folic are capacitatea de a accelera procesul leucemic. El a avut ideea de a folosi pentru tratamentul leucemiilor acute un antagonist al acidului folic : *aminopterina*. Cu aminopterină s-au obținut primele „remisiuni complete" la copiii cu leucemie acută limfoblastică. A fost pentru prima oară cînd o substanță chimică, administrată terapeutic, a normalizat starea clinică și tabloul sanguin al unor bolnavi cu leucemie. Aminopterina a deschis era chimioterapiei anticanceroase. Această substanță a fost comparată cu un *„glonț magic"*, care distruge celulele leucemice.



Ulterior, s-au descoperit numeroşi agenţi chimioterapici cu acţiune antileucemică. Un progres deosebit a fost observaţia că asocierea mai multor agenţi chimioterapici *(polichimioterapia)* dă rezultate mai bune decît folosirea izolată a unui singur agent *(monochimioterapia).*

Cu diverse programe de polichimioterapie s-au obţinut *în unele tipuri de leucemii acute,* la adulţi şi în special la copii, supravieţuiri de lungă durată, echivalente cu *vindecări.*

Polichimioterapia a fost comparată cu o *„puşcă cu alice"*, întrucît atacul celulelor leucemice se face pe mai multe fronturi.

Dar, agenţii chimioterapici nu pot face o diferenţiere între celulele leucemice şi celulele normale. Efectele toxice asupra celulelor normale limitează eficacitatea chimioterapiei.

Era necesar să se caute alte mijloace de tratament.

IV. Imunoterapia

Imunoterapia este o metodă de stimulare a mijloacelor naturale de apărare a organismului în scopul distrugerii de celule leucemice, care rămîn după aplicarea chimioterapiei. Ea se face cu vaccin BCG şi/sau celule leucemice iradiate.

Asocierea imunoterapiei la chimioterapie a îmbunătăţit rezultatele obţinute în leucemii.

V. Reversorii celulari

Pînă în urmă cu o decadă s-a considerat că celulele leucemice nu se mai pot transforma în celule normale, adulte, funcţionale, adică sînt *ireversibile.* Singurul mijloc de a scăpa organismul de aceste celule era distrugerea lor prin chimioterapie sau imunoterapie.

În anul 1968, un grup de cercetători români (Ştefan Berceanu, Ioana Moţoiu-Răileanu, Mariana Gociu, Maria Zamfirescu-Gheorghiu) a observat în culturi că unele celule leucemice se pot matura, aparent *spontan,* pînă la celule normale. Această observaţie a fost ulterior confirmată de numeroşi cercetători. Posibilitatea de *„reversare"* a celulelor leucemice a dat o nouă speranţă pentru terapia *„biologică"* a leucemiilor. S-au căutat substanţe care ar putea *induce* diferenţierea celulelor blocate în maturaţie din leucemiile acute, fără distrugerea lor.

În ultimul deceniu o serie de studii au arătat că o varietate relativ mare de compuşi chimici, cum sînt dimetil-sulfoxidul (DMSO), acidul butiric, hipoxantina, acidul retinoic etc., pot induce maturarea în culturi a unor linii de celule leucemice de la şoarece şi de la om.

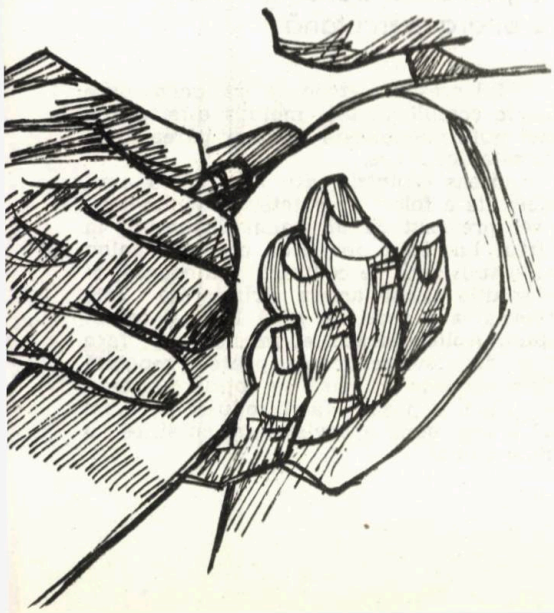
Dintre aceste substanţe *acidul retinoic* s-a arătat capabil să inducă maturarea *terminală* a celulelor leucemice dintr-un tip de leucemie acută umană : *leucemia acută promielocitară.* S-a demonstrat că există o *specificitate* a acidului retinoic pentru acest tip de celule leucemice, întrucît el nu influenţează alte linii de celule leucemice. În leucemia acută promielocitară blocarea în maturaţie apare într-un stadiu mai avansat din evoluţia acestei linii celulare, stadiu care poartă numele de *promielocit.* Acidul retinoic ar avea

calitatea de a duce la „reschimbarea macazului" pe calea maturării normale a promielocitelor leucemice.

Acidul retinoic a avut avantajul, față de celelalte substanțe menționate, că i se cunoaște bine farmacologia și efectele adverse la om, întrucît el a fost folosit de mai mult timp în terapia a diverse afecțiuni hematologice, așa încît aplicarea lui în clinica umană a putut fi făcută în scurt timp.

În ultimii trei ani, în Clinica de hematologie a Spitalului „Fundeni" din București, împreună cu un grup de clinicieni și cercetători (conf. Elena Butoianu, dr. T. Hossu, dr. S. Nicoară, dr. Adriana Coliță, dr. Constanța Ursea și dr. D. Ciuștea), am introdus în tratamentul unor pacienți cu leucemie acută diverși reversori celulari (acid retinoic, benzaldehidă, vitamina A și vitamina E). Aceste substanțe au fost folosite alternativ cu agenții chimioterapeutici convenționali. Rezultatele remarcabile au fost obținute cu acidul retinoic în cazurile cu leucemie acută promielocitară. Sînt necesare încă noi studii și cercetări pentru a răspunde la întrebarea dacă acidul retinoic este *„cheia magică"* capabilă să *deblocheze* maturația *terminală* a promielocitelor leucemice.

PROF. DR. DOC. ȘTEFAN BERCEANU
CONF. DR. ELENA BUTOIANU,
DR. STĂNICĂ NICOARĂ
Clinica de hematologie, Spitalul „Fundeni"



epigrame

Instantaneu

Din spital un pacient,
Unde-a fost tratat atent,
N-a plecat cu mîna goală,
Ci cu sora medicală !

Unei mame

După ce-a tratat o fată
Tot cu apă descîntată,
La laborator ea vine
Ca să-i spună ce conține !

Unui tînăr neglijent la capitolul curățenie

Se plimba ades Culaie
Cu iubita pe alei...
Nu se mai ducea la baie,
Se scălda-n privirea ei !

Respirație gură la gură

Cică unul într-o vară
S-a-necat a șaptea oară !
Că-i plăcea la sora Mura
Respirația cu gura !

Unui amic

Cică Ics, bărbat frumos,
Este foarte inimos,
C-a avut o simpatie
Cu o cardiopatie !

Unor tineri

Trag cu *sete* din țigare
De cînd sînt cu vîrsta-n floare,
Pînă ce-ntr-o dimineață
Foame le va fi de viață !

Rinichiul unui adept al lui Bachus

O uzină-i azi, se știe,
Ce filtrează plasmă vie,
Dar rinichiul lui, *parol !*
N-a filtrat decît alcool !

Inima

Inima — îmi spune buna —
Dacă vrei mulți ani să bată,
Pentru că e numai *una*,
Trebui *dublu* menajată !

Verbe

A trata e verb frumos,
Bine-i a ți-l însuși !
Însă cel mai sănătos
Este verbu-*a preveni !*

La radiologie

— Ce vezi, doctore, la raze ?
Tusea asta mă cam ține !
— După cît fumezi, băiete,
Văd c-o să mai vii la mine !

GH. ZARAFU

O nouă metodă de tratament

în CARDIOPATIA ISCHEMICĂ

Cîteva lămuriri preliminare

Mai puţin lumea medicală şi mai mult lumea nemedicală face exces din întrebuinţarea noţiunii de „cardiopatie ischemică". Există tendinţa de a suprapune această noţiune pe conţinutul aceleia de angină de piept *(angor pectoris)*, ceea ce este, evident, o greşeală. Cardiopatia ischemică este un cadru mai larg în care se înglobează, conform ultimei clasificări — din 1979 —, 5 grupuri de afecţiuni, şi anume :

1) Stopul primar cardiac
2) *Angor pectoris*
3) Infarctul miocardic
4) Insuficienţa cardiacă din cardiopatia ischemică.
5) Aritmiile.

Vom înţelege, deci, din această sumară expunere, că este absolut necesar ca pe lîngă diagnosticul de cardiopatie ischemică să adăugăm şi una din cele 5 entităţi amintite. Este deci corect să se spună : cardiopatie ischemică-*angor pectoris* de efort sau cardiopatie ischemică-infarct miocradic acut, sau cardiopatie ischemică-fibrilaţie atrială cronică etc.

În majoritatea cazurilor substratul anatomic al cardiopatiei ischemice e reprezentat de un proces de ateroscleroză coronariană. Se ştie că sîngele este adus la miocard, din artera aortă, prin două artere coronare (artera coronară stîngă, avînd o ramură principală — artera circumflexă — şi artera coronară dreaptă). Prin depunerea de grăsimi şi prin agregarea unor celule ale sîngelui (trombocitele), cu rol în coagulare, se constituie procesul de ateroscleroză pe una sau mai multe din arterele coronare sau pe ramurile acestora. Acest proces de depunere este lent şi în decurs de 20—30 de ani (după unii autori) parvine să stenozeze (să strîmtoreze) aceste vase. În momentul în care prin această stenozare calibrul arterei este micşorat cu cel puţin 70—75% inima nu mai poate primi sîngele care îi este necesar pentru buna funcţionare a miocardului şi atunci, fie cînd inima e solicitată (în efort), fie în repaus, această neconcordanţă dintre nevoile sporite ale miocardului şi oferta redusă de sînge conduce la apariţia durerii precordiale, adică la ceea ce numim *angor pectoris*.

Dispunem la ora actuală de posibilitatea de a face o radiografie a arterelor coronare. Se introduce o sondă, de regulă, prin artera femurală de la rădăcina coapsei pînă în artera aortă şi prin orificiile arterelor coronare (stîng şi drept), care se găsesc deasupra valvulelor sigmoide, la ieşirea aortei din ventriculul stîng, şi se injectează o substanţă de contrast, care opacifiază cele 2 artere coronare şi ramurile lor. În acest fel ştim cîte artere sînt stenozate, la ce nivel se găseşte această strîmtorare şi cît de importantă este ea.

Angioplastia transluminală coronară percutană

Titlul acestei metode de tratament pare foarte complicat, deşi metoda este, poate, mai puţin complicată decît ar părea după această denumire.

Andreas Grüntzig, din Zürich, a avut ideea de a folosi un cateter (o sondă subţire) prevăzut cu un balon distensibil la vîrful lui. Prin umplerea acestui balon cu o substanţă de contrast (radioopacă) şi o soluţie salină artera strîmtorată este supusă la o presiune pînă la 4—6 atmosfere. Aplicarea acestei presiuni se face timp de cîteva secunde şi poate fi repetată de mai multe ori, pînă se obţine dilatarea porţiunii stenozate, facilitîndu-se în acest fel o mai bună aprovizionare cu sînge a miocardului.

Inițial aceste dilatări prin sonda prevăzută cu balonașul care se umflă s-au practicat pe inimi luate de la cadavre și pe inimi de cîini, cărora li s-au stenozat arterele coronare pe cale chirurgicală.

Ulterior s-au făcut 8 dilatări coronare la oameni supuși unei intervenții chirurgicale, care se numește *bypass aorto-coronarian*. Această operație constă într-o punte care se realizează între artera aortă și zona de sub porțiunea coronariană stenozată, cu ajutorul unei grefe de venă (vena safenă internă), luată de la gamba celui operat.

Prima angioplastie transluminală coronară la om, în afara unei intervenții chirurgicale, a realizat-o Grüntzig și colaboratorii săi, la Zürich, în septembrie 1977. Metoda s-a extins repede și la alte centre de cardiologie din lume.

Succesul metodei depinde de selecționarea bolnavilor și se admite că metoda s-ar utiliza la pacienții la care procesul aterosclerotic coronarian interesează un singur vas mare, leziunile nu sînt calcificate, iar funcția ventriculului stîng este în linii mari păstrată.

Evident că de această metodă nu vor beneficia bolnavii cu *angor pectoris*, care răspund bine la tratamentul cu medicamente.

Mortalitatea imediată a metodei a fost inițial de 1—2%, dar această proporție a scăzut ulterior. Pentru că angioplastia nu este lipsită de riscuri, este bine ca ea să fie practicată în condițiile în care o echipă chirurgicală este pregătită să efectueze un *bypass aorto-coronarian*.

Uneori această dilatare a arterei coronare strîmtorate poate să conducă la apariția unui infarct miocardic. Dacă la început se înregistra prezența unui infarct miocardic la 5% din bolnavii supuși acestei metode, la ora actuală, prin perfecționarea metodei, infarctul se întîlnește la sub 1% din pacienți.

Angioplastia transluminală are totuși o indicație limitată la trunchiurile mai mari ale arterelor coronare, acolo unde cateterul prevăzut cu balonaș poate pătrunde.

Au fost unii autori care au avut ideea de a recanaliza o arteră complet astupată (lucru întîlnit în infarctul miocardic acut) prin folosirea angioplastiei transluminale. Rezultatele sînt încurajatoare, dar ele provin de la un număr relativ mic de pacienți și folosirea metodei este indicată în primele ore de la începutul unui infarct miocardic acut.

Se știe că uneori hipertensiunea arterială este consecința unei stenozări a unei artere renale. Este ceea ce se cheamă o *hipertensiune reno-vasculară*. Acest cateter cu balonaș poate fi folosit și pentru a dilata această arteră strîmtorată, scutind în acest fel pe acești bolnavi de o operație prin care se scoate rinichiul mai prost irigat cu sînge. Experiența este și în acest domeniu limitată.

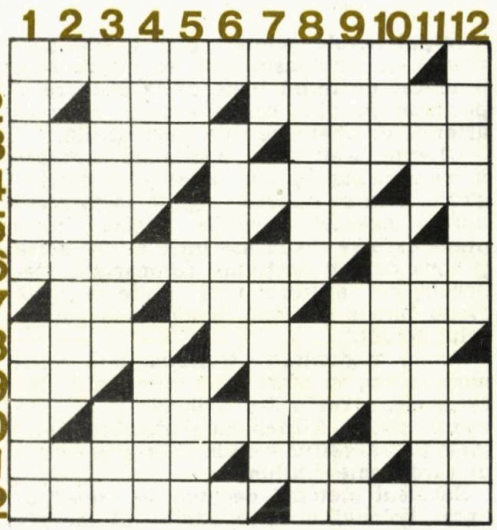
Se știe, de asemenea, că unii copii se nasc cu o stenoză a arcului aortic (coarctație de aortă) și tensiunea arterială crescută impune operarea lor. Foarte recent o serie de medici au realizat pe cale chirurgicală o astfel de coarctație de aortă la miei. Ulterior au încercat dilatarea porțiunii stenozate prin angioplastie transluminală și au obținut rezultate bune în comparație cu un grup de miei cu coarctație, dar care nu au fost supuși la angioplastie. De aici și ideea de a folosi metoda și la om.

Care sînt rezultatele utilizării angioplastiei transluminale în cardiopatia ischemică ? Durerile precordiale dispar și arteriografia de control a coronarelor arată dispariția sau reducerea stenozei.

Problema esențială este de a se ști cum se vor comporta, în timp, bolnavii supuși angioplastiei. Din păcate dispunem de o perioadă de urmărire redusă, dar stadiile pe termen lung vor arunca, evident, o lumină mai clară asupra utilității acestei metode, care îmbogățește cu un nou procedeu arsenalul terapeutic al cardiopatiei ischemice.

DR. **OVIDIU OPRIAN**
Medic primar, Spitalul „Dr. V. Babeș"

Stomatologie



ORIZONTAL : **1.** Bărbier şi dentist de ocazie, eroul unor întîmplări de pomină din piesa „D-ale carnavalului" de I. L. Caragiale (2 cuv.). **2.** Scriitor român contemporan, autorul nuvelei „Dintele" (vol. „Viitorul al doilea") — Are de-acum măsele de minte (fem.). **3.** Se folosesc pentru extracţiile dentare — Poet persan (1184—1291), autorul poeziei „Colţii lăcomiei". **4.** Intenţia de şut nerealizată la fotbal — Îţi strepezeşte dinţii — Goe ! **5.** Oraş antic — În primul din viaţă apar dinţii — Au colţi puternici. **6.** Aşezate cu grijă — Prilej de a căsca gura şi de a etala dinţii. **7.** De la (od) — Marcă americană de aparat de radio — Dădacă. **8.** Continent — Înflăcărat. **9.** Vis neîmplinit ! — Prag la intrare şi ieşire ! — Măcinări. **10.** Măsele — Rîu în Canada. **11.** A rupe cu dinţii — Gresat — Primele două din măsele. **12.** Ageri — Scăpărătoare.

VERTICAL : **1.** Vorbeşte printre dinţi — Îşi ţin banii cu dinţii. **2.** Strălucitori, ca şi dinţii — E sfărîmat şi mîncat de canini. **3.** Posesorii celor mai preţioşi dinţi naturali — Final şahist. **4.** Faptă dictată de un anumit scop — Animale inferioare, lipsite de picioare. **5.** Rîu în Ghana — Metal preţios, folosit pentru îmbrăcarea dinţilor — Se aplică peste tencuială. **6.** Eroul nuvelei „În dinţi", de Ion Istrati (Lupu). **7.** Imperfect ! — Substanţă calcaroasă care se depune uneori pe coroana dinţilor. **8.** Molari — Marca unei paste de dinţi. **9.** Sa cîteşte în dinţii calului — Sursă de lumină — Pe ultimele locuri la atletism. **10.** Varietate de struguri — Muşcăturile incisivilor (sing.). **11.** Republica Democrată Germană — A se înzdrăveni. **12.** Incisiv (fem.) — Te predispune... să-ti etalezi dinţii.

DICŢIONAR : Aca, Rca, Eel, Apode, Iut, Aua

ADAM STOICA

Jurămîntul chefliului

Jur că de săptămîna viitoare
(Pînă termin sticlele cu licoare !)
Să nu mai pun în gură,
Nici o picătură,
De băutură !

Adio şnaps, coniac cu multe stele,
Adio vin şi şpriţurile mele,
Rămîneţi în aducerile-aminte !
De-acum-nainte,
Pe fel de fel de ceaiuri dau năvală,
Pe Cico şi pe apă minerală

Şi, de se poate,
Pe apă — că-i mai bună decît toate !

Cum, însă, ipocrit de fel nu sînt,
Nu-nchin în cinstea-acestui jurămînt
Nici un pahar !

Aş aminti atîta doar :
Cînd omul e cu chef niţel,
Vorbeşte gura... fără el !

D. C. MAZILU

Aspecte moderne ÎN STOMATOLOGIA INFANTILĂ

PROF DR. DOC. **P. FIRU**
I.M.F. Bucureşti

Două afecţiuni importante au preocupat specialiştii în ultimul secol : *caria dentară*, a cărei frecvenţă devenea îngrijorătoare, şi *anomaliile dentomaxilare*, care îşi căutau un drum şi un loc în patologia şi terapia modernă. Parodontopatia, atît de îngrijorătoare în viaţa adultă, a fost mai puţin dezbătută la vîrsta copilăriei şi adolescenţei, datorită mai mult formelor benigne apărute. Frecvenţa gingivitelor marginale este totuşi foarte mare, depăşind procentul de 75% la copii şi tineri, potenţînd formele grave de parodontopatii la adulţi. Este posibil ca şi această afecţiune să devină prioritară în următorul deceniu.

Astăzi a devenit îngrijorătoare frecvenţa cariei dentare, ce depăşeşte 95% la populaţia ţării noastre ; în medie sînt 9 carii pe cap de copil, între 6—16 ani ; complicaţiile septice ale cariei apar, de asemenea, foarte frecvent, datorită evoluţiei foarte rapide a acestor afecţiuni ; multe referinţe arată participarea acestor complicaţii în patogenia bolilor cardiovasculare, renale, digestive sau reumatice. Agresivitatea sau influenţa crescută microbiană în cadrul unei reduceri a sistemelor de imunizare în cavitatea bucală a determinat creşterea frecvenţei cariei acute progresive la copiii preşcolari şi şcolari, la un procent de 15—20%, cea ce duce la apariţia edentaţiei precoce şi necesitatea protezării lor timpurii.

Traumatismele dentomaxilare, tumorile benigne sau maligne, bolile genetice, neuroendocrine sau metabolice îmbogăţesc conţinutul specialităţii de stomatologie infantilă, fără să constituie o preocupare centrală, prin frecvenţa lor redusă şi mai ales prin multele necunoscute etiopatogenetice sau evolutive care se desprind.

Abordarea acestor afecţiuni într-o clinică de stomatologie infantilă reflectă competenţa cadrelor din acea clinică, posibilităţile tehnice, ştiinţifice, de investigaţie sau tratament şi pasiunea pentru abordarea concepţiilor etiopatogenetice moderne.

În metodele de investigaţie remarcăm un mare pas de la „descrierile morfologice", înregistrate în fişe analitice, ce ajung la dimensiunea unor dosare, la analiza funcţională dinamică, înregistrată lapidar, pe o curbă ecuaţională.

De la sistemul de clasificare a formelor clinice de afecţiuni dentomaxilare la copii şi tineri s-a trecut la adaptabilitatea subiecţilor cu asemenea afecţiuni la condiţiile de viaţă modernă.

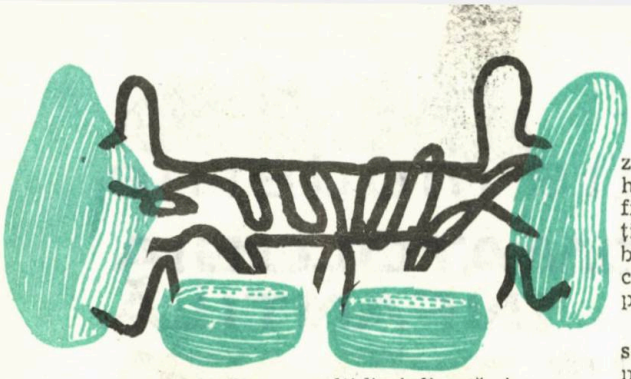
Aspectele estetice, canonizate de strămoşii noştri, ce aveau în memorie figurile sculpturale ale antichităţii, sînt acum surclasate de normalul privit ca limite de variabilitate normală a dimensiunilor elementelor aparatului dentomaxilar, limite ce individualizează un subiect, conturează un caracter în masa populaţională cu preocupări monotehnice. Se trece astfel de la descrierile literare ale unei anomalii dentare, la o reprezentare grafică, geometrică, unde forma clinică se apreciază după valoarea metrică sau angulară a unor dimensiuni. Investigaţia radiologică a devenit obligatorie în depistarea sau aprecierea formei clinice a unei afecţiuni dentomaxilare, fie ea dentară, alveolară, parodontală sau maxilară. Fotografia este din nou „en vogue", cu condiţia să fie respectate o serie de norme de efectuare şi de interpretare a lor.

La congresele internaţionale nu se mai primesc lucrări de cariologie fără ortopantomograme înainte şi după o anumită terapie, fără teste colorimetrice, imunologice, bacteriologice şi fără prelucrarea statistică modernă a datelor faptice.

Cu prilejul diferitelor dezbateri privitor la problemele de ortodonţie (congrese, conferinţe, simpozioane etc.) autorii prezintă, obligatoriu, alături de modelul de fişă şi eventual modelul în ghips fotografiat, şi fotografia bolnavului cu statusul dentar în oglindă retrovizoare, ocluzia în plan sagital, eventual măsurătorile antropologice, revenite „en vogue", şi obligatoriu examenele radiologice : ortopantomograma şi teleradiografia tridimensională.

Sînt în curs de introducere noi metode de investigaţie : electronografia, electromiografia, dentiograma prin folosirea ultrasunetelor, pletismogramele etc.

Tratamentul afecţiunilor dentomaxilare cunoaşte şi el două noutăţi principale, şi



anume : acțiunea multidisciplinară și ecuațională, pe de o parte, și prețul de cost al tratamentului, pe de altă parte.

În ceea ce privește caria dentară se prevede ca pînă în anul 2050 să fie eradicată. În acest sens se preconizează 3 etape :

— în prima etapă, între anii 1975—2000, se va face depistarea cariei, tratarea ei în fază incipientă, prevenirea prin măsuri de igienă bucodentară și alimentară și generalizarea fluorizării apei de băut. Se vor organiza noi baze stomatologice și va fi generalizată educația dentară în școli și în colectivitățile de tineri ; se prevede reducerea cariei dentare cu 40—50%, în cazul în care se aplică, cu conștiinciozitate, toate cele 3 grupe de măsuri profilactice ;

— în etapa a II-a, între anii 2001—2025, se prevede intensificarea cercetării științifice. Se creează baze noi de cercetare, în colaborare cu diverse firme interesate ; se fac experimentări în stații-pilot, se includ mai mult și cadrele auxiliare în acest proces de cercetare și aplicare în teren. Înregistrarea și prelucrarea datelor se vor face automat, cu calculatoare programate, pe baza unor fișe programate, a unor fișe speciale. Stomatologia se integrează în sănătatea generală, deoarece caria și parodontopatia vor fi considerate factori de risc în boli cardiovasculare, renale sau digestive, cu mare mortalitate. Nu se remarcă în această perioadă o reducere în masă a cariei și parodontopatiei, deoarece este faza de experimentare a metodelor de profilaxie, coroborate cu cele locale, care și-au spus cuvîntul în prima etapă ;

— în etapa a III-a, între anii 2026—2050, se vor aplica în teren metodele de eradicare a cariei și parodontopatiei, metode care și-au dovedit eficiența, eficacitatea și economicitatea. Din aceste metode se pare că autovaccinul anticarial va fi elementul primordial în eradicarea acestor boli bucodentare, cu o frecvență atît de mare.

Imunizarea contra cariei, prin autovaccin anticarial, experimentat cu bune rezultate pe animale, de către Bowen, Cohen, Cole, Colman (1975), îndreptățește firma „Behring" (R.F.G.) să facă o investiție de 500 milioane de dolari, pentru a fabrica asemenea vaccin și pentru om, vaccin care se experimentează în cîteva stații-pilot.

Fără îndoială că în prima etapă dispensarizarea copiilor și tineretului se va generaliza nu numai în școli, ci și în policlinici și în spitale, oriunde sînt grupați copii sau tineri.

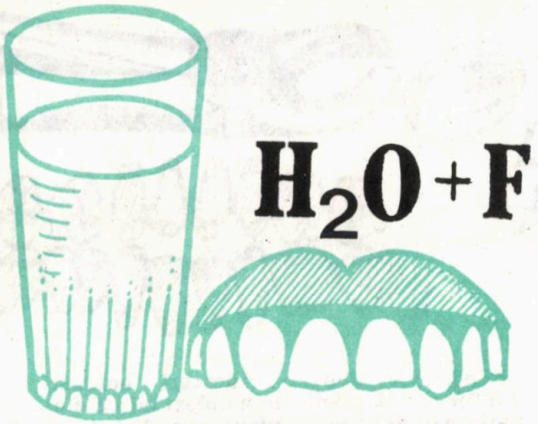
Fluorizarea apei va continua, de asemenea, să se extindă în toate orașele lumii, instalîndu-se și celelalte metode de aplicație topică locală a sărurilor de fluor.

Înlocuirea zahărului cu sorbitol sau xilitol sînt metodele ce vor sta în atenția țărilor bogate, ținînd cont că înlocuitorii zahărului sînt încă foarte scumpi.

După calculele specialiștilor, în anul 2000 vor veni la cabinetele stomatologice numai 60% din populatie pentru a-și îngriji dinții afectați prin carie, datorită eficienței mijloacelor profilactice enunțate. Sînt astăzi țări ca Norvegia, Suedia, unde s-a redus caria dentară cu 75%, numai 25% din populația peste 35 de ani avînd nevoie de tratament protetic.

Între anii 2000—2050, vaccinul va eradica caria dentară.

Gingivita marginală la copii și tineri va fi eradicată în următorii 50 de ani, printr-o igienă bucodentară adecvată, învățată în școli de mic copil și intrată în reflex la orice cetățean civilizat, peria dentară și pasta devenind obiectele de uz personal,



de care nu se va putea despărți, așa cum nu se poate lipsi de o batistă sau de hrană zilnică.

Anomaliile dentomaxilare cu malocluziile consecutive cunosc unele noi tendințe evolutive și terapeutice.

S-a trecut de la examenul static al ocluziei la examenul dinamic al articulării dentare, apreciat funcțional și înregistrat eventual audiovizual. Echilibrarea ocluziei în vederea adaptării formelor și raporturilor dentoalveolare la funcțiile principale ale aparatului dentomaxilar devin prioritare față de alinierea estetică a dinților. Toate acestea se fac pentru a preveni parodontopatiile și pentru ca omul, ce trăiește într-o comunitate, să se poată exprima clar prin vorbire sau prin expresivitate, devenind astfel un element „informațional" valoros. Ceea ce un om a învățat în copilărie și adolescență trebuie să prezinte colectivității în care trăiește. Acest fapt îl poate realiza prin vorbire și prin fapte. Integritatea morfofuncțională dentomaxilară asigură o bună funcționalitate a aparatului dentomaxilar, cu deosebire a funcțiilor lui psihosociale — vorbirea și expresivitatea feței.

În anomaliile dentomaxilare cunoaștem două „mutații" : una ortodontică și alta chirurgicală.

Anomaliile dentare izolate, incongruențele dentoalveolare primare sau secundare se tratează din ce în ce mai mult prin aparate ortodontice fixe, a căror eficiență este certă. S-au diferențiat deja 4 tipuri de aparate fixe, fiecare tip avînd la dispoziție metode tehnice de înaltă dificultate tehnică și de mare precizie. În acest domeniu noi sîntem încă la început.

Aparatura mobilă, care urmărea lărgirea sau alungirea arcadelor alveolodentare, este din ce în ce mai puțin folosită, din simplul motiv al modei, neglijîndu-se totuși valoarea lor certă în stimularea dezvoltării proceselor alveolare în cele 3 planuri.

Obținerea spațiului necesar alinierii dinților se face mai mult prin distalizarea molarilor și din ce în ce mai puțin prin vestibularizarea premolarilor și molarilor, datorită frecventelor recidive observate în cazul lărgirilor arcadelor alveolare, . prin aparate mobile ortodontice.

Aparatele funcționale au cunoscut o mare vogă după al doilea război mondial ; acum apar des elemente funcționale în aparatele fixe sau mobîle și mai puțin tratamente integrale ale unei anomalii cu aparate funcționale. Dealtfel la congrese rareori se mai discută tratamentul unei anomalii cu aparate mobile sau funcționale, ca și cum diversificarea lor în raport cu formele clinice s-ar fi terminat.

O tendință evidentă se observă acum în aparatele exobucale, la cele fixe sau mobile.

S-a remarcat o diversificare a lor și încercări didactice de a le preciza acțiunea și indicațiile respective.

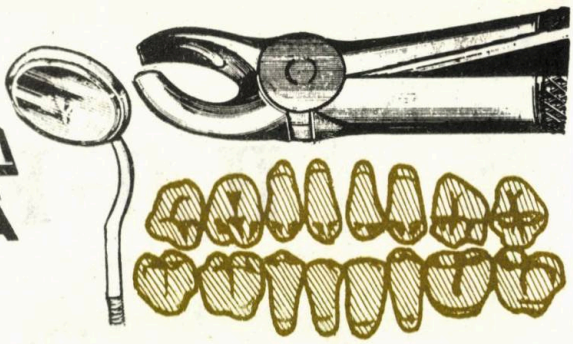
Ceea ce pare însă a preocupa în mod deosebit specialiștii actuali, este chirurgia ortodontică, cunoscută sub numele de *ortognatochirurgie*, de școală anglo-saxonă.

Ultimele două congrese internaționale de ortodonție și chirurgie din Paris și din Zürich abordează tehnici noi chirurgicale în tratamentul anomaliilor dentomaxilare și rezultatele tardive ale osteotomiilor efectuate în același scop, cu 10—20 de ani înainte.

Chirurgia ortodontică a evoluat acum de la simpla intervenție preortodontică la osteotomii de corectare în toate direcțiile ale bazelor osoase, cu o aparatură specială, cu freze speciale, la care s-a adăugat, în ultimul timp, microchirurgia sub vedere microscopică, sub ecran televizat și sub control electrocardiologic monitorizat. Arteriografiile completează acum imaginile teleradiografice sau ortopantomogramele și apariția țesuturilor sau organelor liofilizate recoltate de la cadavre a devenit curentă, urmînd a înlocui autotransplantele osoase și cartilaginoase.

Ortognatochirurgia a făcut imense progrese în ultimul timp în America de Nord, R. F. Germania, Franța și Elveția, animate de specialiști înzestrați, îndrăzneți, ce au știut să colaboreze cu producători de aparate și instrumente, pentru a-și echipa clinicile cu cele mai costisitoare și mai eficace instrumente, unde securitatea bolnavilor este asigurată în procent de 100%.

EXTRACȚIA DENTARĂ



PROF. DR. CORNELIU BURLIBAȘA
I.M.F. București

Progresele realizate în odontostomatologie restring din ce în ce mai mult indicațiile extracției dentare. Sînt tot mai puțini pacienții care solicită cu ușurință, ca în cazul unei dureri dentare, rezolvarea terapeutică să fie extracția. Și, pe bună dreptate, această atitudine este încurajată de medici întrucît, chiar dacă pentru moment extracția rezolvă durerea, ulterior pierderea unui dinte poate produce un întreg șir de neplăceri, începînd cu diminuarea capacității masticatorii și terminînd cu dereglarea echilibrului existent între arcadele dentare.

Cu toate acestea, sînt situații în care extracția unui dinte se impune, fie datorită unor procese din jurul apexului, care nu pot fi rezolvate prin tratamente conservatoare, fie din cauza mobilității exagerate, consecutivă parodontopatiei marginale cronice (parodontozei), fie din cauza unor tulburări generale apărute în cadrul unor boli de focar.

Deși considerată un act terapeutic banal, uneori, după o extracție simplă, pot apărea tulburări locale și generale de o gravitate deosebită, disproporționate față de amplitudinea actului operator. Și acest fapt este explicabil dacă ne gîndim că prin extracție se realizează o plagă deschisă în cavitatea bucală, în care flora microbiană este extrem de variată ; pot apărea hemoragii, uneori chiar foarte severe, țesuturile gingivo-alveolare se pot necroza, infecta, iar infecția poate difuza în os, în părțile moi perimaxilare sau, de asemenea, în tot organismul.

Cunoscînd aceste elemente, extracția dentară nu poate fi făcută la întîmplare, fără o atentă examinare, atît a stării locale, cît și a stării generale a bolnavului.

Pentru a preveni apariția unor accidente în timpul extracției sau a unor complicații ulterioare, sînt necesare o serie de măsuri.

În zilele care preced extracția va fi făcut un examen amănunțit al bolnavului. Dacă sînt depistate în antecedente afecțiuni cardiovasculare, coronariene sau endocardiace, se va cere avizul cardiologului privind atît anestezia, cît și tratamentul general postoperator (antibiotice, coagulante). De asemenea, vor fi cunoscute constantele biologice ale sîngerării și coagulării, cu scopul de a preveni apariția unor hemoragii postextracționale. Adeseori bolnavii neglijează să spună stomatologului că sînt suferinzi de ficat, rinichi sau diabet, că sînt sub tratament cu cortizon sau anticoagulanți, ceea ce este o greșeală foarte mare, întrucît aceste suferințe sau medicamente pot fi cauza unor hemoragii sau infecții apărute după extracție. Cunoscînd aceste elemente, stomatologul poate lua, împreună cu internistul, acele măsuri care să prevină apariția de complicații.

Cunoașterea tensiunii arteriale este obligatorie, întrucît substanțele anestezice conțin ca adjuvante adrenalina. Aceasta se adaugă într-adevăr în cantități foarte mici — 1/50 000 sau 1/80 000, —, cu scopul de a prelungi efectul anestezic al novocainei sau xilinei. Ținînd seama că și așa bolnavii sînt emoționați, chiar această cantitate foarte mică de adrenalină poate provoca o creștere a tensiunii arteriale. Bolnavii hipotensivi fac cu ușurință lipotimii (leșinuri), dacă li se administrează ca anestezic loco-regional novocaina (procaina), care scade tensiunea arterială. Novocaina poate, de asemenea, produce reacții alergice, uneori destul de grave, fapt ce impune efectuarea de teste de sensibilitate înainte de a se practica anestezia cu această substanță, cu atît mai mult cu cît reacțiile alergice sînt generate nu numai de substanța chimică propriu-zisă, ci și de grup. Cei ce fac reacții alergice la sulfamide fac și la novocaină. Reacțiile alergice la xilină sînt cu totul excepționale.

Bolnavii neliniștiți, fricoși, este necesar să fie sedați înainte de efectuarea extracției dentare, pentru că există riscul să facă unele accidente de tip hipotensiv, coronarian sau nervos, să nu poată colabora cu medicul sau chiar să refuze intervenția. Dacă s-au administrat sedative în seara precedentă și în ziua intervenției, bolnavul va veni la policlinică însoțit de cineva din familie, întrucît reacțiile și mișcările sale sînt mai lente, iar în condițiile unui trafic rutier intens se pot produce accidente de altă natură.

La femei, în perioada menstruației nu este indicată efectuarea unei extracții, existînd pericolul unei hemoragii. Nu este de asemenea indicat să se facă extracție în primele trei luni de sarcină, decît în cazuri de extremă urgență și atunci folosindu-se o cantitate cît mai mică de sub-

stanță anestezică. Aceasta pentru că, fiind perioada de organogeneză, atît anestezia cît și traumatismul operator pot provoca tulburări în dezvoltarea fătului. De asemenea, în ultimele două luni de sarcină, anestezia, dar și extracția, pot declanșa o naștere prematură. Dacă femeia căreia i se face o extracție alăptează, este indicat ca primul supt să fie suprimat, pentru ca, odată cu laptele, copilul să nu sugă și anumite toxine și chiar microbi care sînt prezenți în sîngele circulant, aproximativ o oră după intervenție.

Cavitatea bucală este necesar să fie pregătită, înaintea oricăror extracții, reducîndu-se cît mai mult din septicitate. În acest scop se îndepărtează tartrul și se pun pansamente pe dinții care prezintă carii; dacă este cazul, se îndepărtează chiar lucrările protetice defectuoase.

În cadrul asistenței stomatologice planificate, nu se fac în primul rînd extracțiile dentare, ci tratamentul cariilor simple și al parodonțiului marginal, astfel încît, în mod firesc, cînd se ajunge la îndepărtarea dinților nerecuperabili prin tratament, cavitatea bucală este deja asanată.

Pentru intervenția propriu-zisă, bolnavul trebuie să se prezinte la cabinet după ce a mîncat. Dacă intervenția se face pe nemîncate, există riscul producerii de lipotimii, imediat după efectuarea anesteziei sau chiar în timpul extracției.

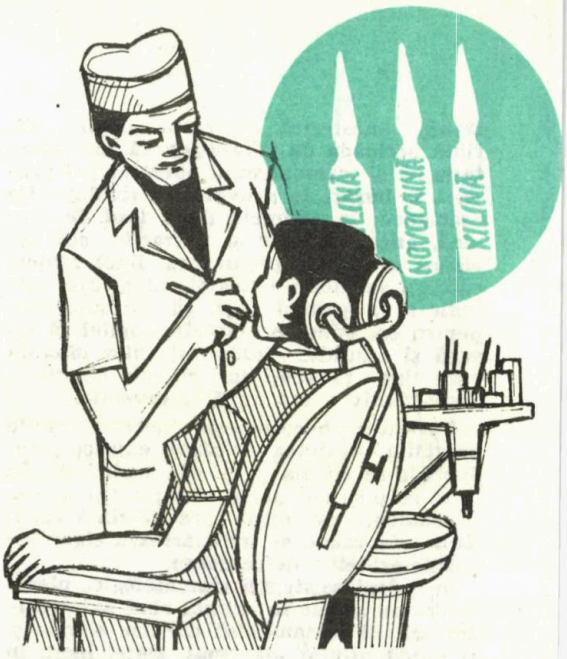
Extracția, ca și celelalte intervenții de chirurgie bucodentară, se face de obicei în cabinete special amenajate, unde sînt asigurate atît condiții de sterilizare și asepsie, cît și condiții de tratament a unor eventuale accidente, în special de genul lipotimiei. Intervenția făcîndu-se pe fotoliu dentar, în poziție șezîndă, este necesar să fie asigurată libertatea căilor respiratorii și, de asemenea, o respirație cît mai lejeră. Pentru aceasta, bolnavul nu trebuie să fie strîns la cordon sau la cravată ci, dimpotrivă, să fie îmbrăcat cît mai lejer; ideal este să fie îmbrăcat chiar într-un halat special, care este larg și nu deranjează respirația.

De foarte multe ori se consideră că extracția va fi o intervenție simplă, dar ea se poate complica, fie datorită fracturării rădăcinilor, fie datorită poziției vicioase a dintelui. Pentru aceasta, bolnavul trebuie să colaboreze cu medicul, în sensul de a deschide suficient gura, de a rota capul și de a-și stăpîni unele reflexe de vomă sau de salivație. Este firesc ca fracturarea să se producă destul de frecvent, întrucît dinții care se extrag sînt de obicei mult subminați prin procesele de carie. Sînt situații în care extracția resturilor fracturate nu poate fi făcută decît trepanînd osul alveolar, după incizia prealabilă a gingiei. Această trepanare a osului alveolar — alveolotomia — făcută cu dalta și ciocanul, este destul de neplăcută pentru bolnav, nu pentru că doare, ci datorită șocului produs de loviturile de ciocan aplicate pe daltă. Dacă bolnavul este calm și are încredere în medic, intervenția se desfășoară în condiții foarte bune. Recurgerea la trepanarea osului nu înseamnă o lipsă de pricepere din partea medicului ci, dimpotrivă, o stăpînire a tehnicii chirurgicale, pentru că dacă s-ar încerca în continuare să se facă extracția cu clești sau elevatoare s-ar produce zdrobiri ale gingiei și osului, care pot complica foarte mult procesul de vindecare.

Nu este permis să fie lăsate resturi cît de mici de rădăcini în alveolă, pentru că acestea pot da complicații septice, tumorale (chisturi) sau nervoase (nevralgii).

Dacă un dinte se extrage, în mod normal trebuie să se realizeze condiții favorabile și pentru înlocuirea lui. Din această cauză medicul controlează după extracție gingia și, adeseori, este obligat să netezească osul alveolar, pentru ca forma lui să fie cît mai propice vindecării ulterioare. Alveola rămasă după extracție se vindecă prin cheagul care se formează. Din această cauză, după extracție, prima grijă a medicului este de a proteja acest cheag care, într-o primă etapă, ferește osul de infecții, iar ulterior se transformă în țesut fibros și apoi în țesut osos.

Protecția cheagului se realizează aplicînd peste alveolă comprese sterile din tifon, nu vată, peste care bolnavul mușcă. Aceste comprese sînt menținute timp de 2 ore, după care bolnavul le îndepărtează. Grija de protecția cheagului o are ulterior bolnavul. Pentru aceasta, în ziua ex-



tracției sînt absolut contraindicate clătitul gurii, consumul de alimente fierbinți și mîncatul pe partea pe care s-a făcut extracția. Or, marea greșeală pe care o fac foarte mulți bolnavi după extracție este clătirea gurii cu ceai de mușețel călduț, fapt ce duce la mobilizarea cheagului și la apariția ulterioară de hemoragii sau infecții de alveole. De-abia a doua zi după extracție bolnavul poate să-și clătească ușor gura, cu grijă, pentru a nu îndepărta cheagul ; se poate spăla cu peria pe dinții de pe partea sănătoasă și poate să consume alimente, la început moi, care nu solicită prea mult masticația. În mod normal, după o extracție dentară se produce în prima oră o bacteriemie prin mobilizarea germenilor din jurul rădăcinii și antrenarea lor în torentul sanguin. Această bacteriemie apare de obicei la toți bolnavii, dar pune probleme în cazurile unor suferințe generale.

Pentru a preveni efectele negative și complicațiile bacteriemiei postextracționale la bolnavi cu afecțiuni endocardiace, reumatismale sau diabetici, este necesar să se administreze preventiv antibiotice.

De obicei, vindecarea plăgii de extracție se produce în 9—10 zile, prin organizarea conjunctivă a cheagului din alveolă. După această perioadă, bolnavul poate să-și reia funcția masticatorie și pe partea pe care s-a făcut extracția. Vindecarea, care să permită însă aplicarea unei proteze, nu se produce decît după 6 săptămîni, perioadă în care alveola se remaniază, își micșorează volumul cu aproximativ 25%, iar gingia este complet cicatrizată.

Vindecarea plăgii postextracționale poate să fie întîrziată de apariția unor complicații : a doua zi după extracție poate să apară o hemoragie precoce, care se datorește de obicei rămînerii în alveolă a unor resturi de țesut patologic sau unor deficiențe în mecanismul de coagulare al bolnavului.

Mai frecvent apare hemoragia tardivă, a treia sau a patra zi după extracție. Aceasta apare de obicei noaptea ; bolnavul se trezește din somn cu gura plină de sînge și, în mod firesc, se sperie. Hemoragia poate să apară fie datorită unor deficiențe în mecanismul de coagulare al bolnavului, fie datorită unor cauze locale, ca rămînerea unor fragmente osoase iritante, resturi de granuloame sau o plagă extinsă. De obicei, în aceste cazuri bolnavii greșesc că încep să-și clătească gura, iar hemoragia, în loc să se oprească, se accentuează. Cel mai bine este să se adreseze serviciului de gardă din policlinică, care îi va aplica un tamponament, iar dacă nu, se vor folosi tampoane din tifon, pe care bolnavul va mușca strîns, comprimînd alveola între tifon și dinții antagoniști. Medicul va putea depista cauzele care au dus la apariția acestei hemoragii și va institui tratamentul adecvat. Adeseori, dacă este vorba de unele cauze generale, acest tratament se instituie în colaborare cu internistul.

A patra sau a cincea zi după extracție mai pot apărea necroze cu infecții ale pereților alveolari, numite alveolite postextracționale. De obicei bolnavii sînt deranjați de apariția unor dureri destul de puternice, care iradiază în tot hemicraniul; alveola se umple cu un țesut murdar, urît mirositor sau, dimpotrivă, cheagul dispare complet, iar pereții alveolari sînt albicioși. Alveolitele se datoresc fie substanței anestezice, fie traumatismului produs prin extracție, fie nerespectării de către bolnav a indicațiilor date de medic, fie unei rezistențe scăzute la infecție a organismului respectiv. Alveolita se tratează destul de greu, întrucît trebuie combătută atît infecția, cît și durerea care îl deranjează foarte mult pe bolnav. Pentru aceasta se fac irigații largi ale alveolei, cu soluții antiseptice, îndepărtîndu-se țesuturile necrozate și infectate, se aplică conuri cu antibiotice și anestezice. Dacă fenomenele nu cedează în 2—3 zile, se recurge chiar la chiuretarea alveolei.

După extracție pot apărea și alte complicații mai grave, ca supurații în părțile moi din jurul maxilarelor, sinuzite maxilare după extracția molarilor sau premo-

larilor superiori. Apariția acestor complicații este favorizată de existența unor procese infecțioase cronice în jurul rădăcinii, care se pot acutiza, pot scădea podeaua sinusului, sau apar la pacienți cu o reactivitate scăzută sau cînd nu au fost luate unele măsuri de profilaxie, pentru a micșora septicitatea cavității bucale.

Tardiv, după extracții, pot rămîne gingii cu neregularități care fac dificilă protezarea sau bride în obraz care, de asemenea, îngreuiază protezarea. În aceste cazuri se impun intervenții chirurgicale proprotetice, a căror amplitudine este în funcție de gradul de afectare a osului alveolar sau a gingiei acoperite.

Știați că...

— ...medicul grec Hipocrate (460—375 î.e.n.) este părintele dieteticii ? El a fost primul care a pus problema folosirii raționale a alimentelor.

— ...preparat al unui medic din Constantinopol, iaurtul a fost adus în Franța în 1542, la ordinul regelui Francisc I, drept leac pentru o suferință căreia nu i se găsea alinare ?

— ...ideea păstrării alimentelor s-a născut în secolul al XVIII-lea și a fost perfectată în Franța, la începutul secolului următor, ea stînd la baza industriei mondiale a conservelor ?

— ...medicul polonez Cazmir Fusik a izolat, pentru prima oară, în 1911, acel „aliment complementar sau suplimentar care ia parte la secretul vieții", denumit, în final, vitamină ?

— ...planta de soia este bogată în proteine vegetale, din care se realizează alimente a căror înfățișare, textură și gust se aseamănă cu cele ale cărnii, prezentînd, în plus, avantajul deosebit de important că sînt lipsite de colesterol ?

— ...romanii foloseau, în locul ventuzelor, coarne de bou ?

— ...omul doarme 1/3 din viață ?

I. MURGAN

ADRESE BUCUREȘTENE PREFERATE

BALNEOLOGUL : Strada Izvor
BUCĂTARUL
DE SPITAL : Strada Vaselor
CARDIOLOGUL : Orice arteră
CHIRURGUL : Strada Cuțitu de argint
COSMETICIANUL : Strada Frumoasă
DIETETICIANUL : Strada 10 mese
FARMACISTUL : Strada Plantelor
GERIATRUL : Calea Moșilor
IGIENISTUL : Strada Soarelui
INTERNISTUL : Șoseaua Viilor
MAMOȘUL : Strada Berzei
MEDICUL MILITAR : Strada Cazărmii
MEDICUL SPORTIV : Calea Victoriei
O.R.L.-istul : Strada Vuietului
ORTOPEDUL : Strada Fluierului
PEDIATRUL : Piața Gemeni
PROFESORUL DOCTOR : Strada Academiei
VETERINARUL : Șoseaua Cățelu

V. D. POPA

Fraze uzuale...

ACUPUNCTORUL : Stau pe ace !
ANESTEZISTUL : Nu încerca să mă adormi cu vorba !
AUTOPSIERUL : Pentru mine ești mort !
BALNEOLOGUL : Ce duș ai primit !
CARDIOLOGUL : X nu are inimă !
CHIRURGUL : Dacă poți, vorbește deschis !
DERMATOLOGUL : O faci pe pielea ta !
FARMACISTUL : Ai înghițit hapul !
GERIATRUL : Ce mai faci, bătrîne ?
IGIENISTUL : Fă curățenie prin casă !
INTERNISTUL : Prea arzi de nerăbdare !
MAMOȘUL : Se naște întrebarea !
OCULISTUL : Să mă ai în vedere !
O.R.L.-istul : Mai ai nas să apari în fața mea ?
ORTOPEDUL : Prea îl iei peste picior !
PEDIATRUL : Este o copilărie !
PSIHIATRUL : Nu mă înnebuni !
REUMATOLOGUL : Mă doare de el în cot !
STOMATOLOGUL : Prea ești gură spartă !
VETERINARUL : Să-mi spui Cuțu, dacă nu-i așa !

V. D. POPA

PILULOFAGUL

Ce înseamnă „pilulofag" ? Ce înțelegem prin „pilulofagie" ? Care e semnificația acestui cuvînt, înființat ad-hoc, care, deși are unele contingențe cu medicina, nu figurează în nici un dicționar medical ? Cuvîntul „fagie" înseamnă a mînca, a înghiți. „Pilulofag" este, așadar, omul care înghite pilule. Ce fel de pilule ? Medicamentoase, desigur. De ce le înghite ? Pentru a-și combate anumite suferințe, de cele mai adeseori, imaginare. În ce doze le înghite ? În doze variind de la 2–3 pe zi, pînă la cantități pe care — nu lipsește mult — le putem numi industriale...

Care e îndeobște materia primă folosită de către „pilulofag" ? Este vorba de medicamente de uz curent, aparent inofensive, care se eliberează la farmacie fără prescripție medicală, cum ar fi : aspirina, piramidonul, antinevralgicele, algocalminul, acalorul și altele. Oricît de banal ar fi respectivul medicament, pentru „pilulofag" el capătă valențe de medicament cu puteri nelimitate, capabil de a vindeca orice suferință, de orice natură ar fi ea. La cele mai mici semne de indispoziție, ori de cîte ori simte — sau i se pare că simte — că în organismul său „ceva" nu este în ordine, „pilulofagul" înghite fără noimă, fără discernămînt, orice pilulă are la îndemînă. Spre mai multă siguranță, el mai înghite o pilulă, și încă una, și încă una... Și tot așa, pînă ce consideră că doza este suficientă.

Cazurile în care „pilulofagul" consideră că e momentul de a-și face datoria față de propria sa sănătate sînt multiple și variate. Și nu este vorba numai de sănătatea sa, ci și de a altora, căci „pilulofagul" este, de felul lui, generos. El își face o plăcere din a oferi, la rîndul său, cîte o pilulă sau mai multe, acelora care, manifestînd o suferință oarecare, îi dau a înțelege că așa ceva nu le-ar prinde rău... Și, cu cît solicitările sînt mai masive, cu atît mulțumirea lui e mai mare... „Pilulofagului" îi place să-și facă adepți, el simțindu-se bine între „pilulofagi"...

— Te doare capul ? Iei o pilulă. Te înjunghie bătăturile ? O pilulă ! Ți s-a pus un cîrcel ? Pilula ! Ai un necaz oarecare ? Te apasă o grijă ? Ai o temere într-o oarecare privință ? O pilulă, trei sau zece, le aranjează pe toate... Nu se poate să nu le aranjeze, că de aia e pilulă...

Atent în orice clipă la sănătatea sa, dar și a altora, „pilulofagul" poate apărea, la un moment dat, un vajnic apărător al sănătății publice.

„Pilulofagia" nu datează de azi, de ieri... A avut adepții ei dintotdeauna... În primele decenii ale veacului nostru, făceau mare vîlvă niște pilule cu pretenții de panaceu universal în materie de vindecare. Este vorba de hapurile de catramină, produse ale unor oficine cu scop comercial, hapuri despre care se pretindea că ar fi un leac pentru toate bolile. Acționînd mai mult pe bază de autosugestie, decît pe fundamente farmacologice, ele au marcat un moment de referință în dezvoltarea „pilulofagiei".

A cultiva „pilulofagia", a înghiți cu nemiluita pilule, înseamnă, în primul rînd, a face abuz de medicamente. Efectul unui asemenea abuz nu va întîrzia să-și facă apariția. Pilulele înghițite zi de zi, fără nici o noimă și fără măsură, atacă în primul rînd stomacul. Ficatul are și el de suferit, și nu mai puțin rinichii. Întregul organism se va resimți în urma unui asemenea abuz, făcut în mod deliberat și, am spune, inconștient. Mai curînd sau mai tîrziu „pilulofagul" se va trezi „minat" de cine știe ce boală gravă, pe care în nici un caz nu o va mai putea vindeca prin simpla înghițire de diferite pilule...

DR. **FLORIN COLONAȘ**

Ce trebuie să știm despre PROTEZELE DENTARE MOBILIZABILE

SFATURI ȘI RECOMANDĂRI

Aceste rînduri sînt adresate celor care vor fi purtători de proteze dentare mobilizabile, ca și vechilor purtători de proteze, în speranța că vor găsi sfaturi și indicații utile privind adaptarea la protezele mobilizabile și mai ales amănunte asupra modului de întreținere a protezelor.

Pentru că încă există, din nefericire, destui pacienți care refuză, din diferite motive, tratamentul cu proteze dentare mobilizabile sau simplu mobile, este necesar să vorbim puțin despre necesitatea tratamentului cu astfel de proteze.

Dacă în cazul lipsei tuturor dinților naturali — ceea ce numim edentație totală — tratamentul cu proteze mobile nu mai poate fi amînat, întrucît nu se poate face o masticație eficientă — ca să nu mai vorbim de aspectul estetic și modificările de vorbire —, în cazul lipsei parțiale a dinților naturali — edentație parțială — mulți pacienți refuză tratamentul cu proteze dentare mobilizabile. Acest fapt duce, în scurt timp, la consecințe deosebit de grave asupra dinților care au mai rămas, grăbind pierderea lor ; se ajunge astfel la starea de edentație totală, care necesită pentru tratament mai mult efort din partea medicului și o mai grea și mai lungă perioadă de acomodare la proteze din partea pacientului. Evident, nu orice edentație parțială necesită tratament cu proteze mobilizabile. Aceste proteze sînt indicate atunci cînd s-au pierdut dinții din regiunea laterală a arcadelor dentare (molari, premolari) sau cînd lipsesc mulți dinți din regiunea anterioară a arcadelor dentare (incisivi, canini).

Desigur că mai sînt și alte situații în care se recomandă proteze dentare mobilizabile, situații în care numai medicul apreciază dacă este necesar un astfel de tratament.

Deși în edentațiile parțiale se poate face o masticație satisfăcătoare, iar fizionomia nu este întotdeauna afectată, cu timpul dinții naturali rămași, suprasolicitați în masticație — ei preluînd și rolul dinților lipsă —, suferă o serie de deplasări verticale și orizontale care afectează implantarea, favorizînd mobilizarea și pierderea lor prematură. Sînt frecvente cazurile de edentații parțiale unde implantarea dinților restanți este bună, însă aceștia au suferit asemenea modificări de poziție, încît pentru a se realiza o proteză mobilă corectă sînt necesare extracții ale unor dinți aparent sănătoși, precum și alte intervenții asupra dinților și osului maxilar, neplăcute pentru pacient și greu de realizat pentru medic. În aceste situații, pînă la aplicarea protezei sînt obligatorii multe și lungi faze de tratament, datorită neglijenței, amînării tratamentului, fricii de stomatolog, neîmpăcării cu ideea purtării unei proteze dentare mobile.

În concluzie este necesar să se instituie tratament cu proteze dentare mobilizabile, imediat ce situația clinică apreciată de medic o impune.

În lume există astăzi milioane de purtători de proteze dentare parțiale sau totale, care s-au obișnuit perfect cu ele, fie că sînt tineri sau vîrstnici.

Concepția după care tratamentul cu proteze mobilizabile trădează o infirmitate sau reprezintă un tratament care se adresează vîrstelor înaintate este greșită. Mai devreme sau mai tîrziu mulți dintre noi ajungem să fim purtători de proteze dentare mobile, cu toate că ne-am îngrijit cu perseverență dinții. **Orice amînare a tratamentului cu astfel de proteze, mai ales în edentația parțială, riscă să ducă la complicații greu de rezolvat și cu multe suferințe din partea pacientului.** Mai trebuie să subliniem și faptul că o proteză dentară parțială este mai ușor de suportat decît o proteză totală, avînd în același timp și condiții mai bune de a fi menținută în gură, în timpul masticației și vorbirii.

Odată cu ședința în care s-a făcut aplicarea unei proteze dentare mobile începe pentru pacient o perioadă destul de grea — perioada de adaptare la proteză.

Cu răbdare şi perseverenţă această perioadă, pentru unii mai scurtă, pentru alţii mai lungă, va trece cu siguranţă.

Durata perioadei de adaptare depinde de mai mulţi factori, dintre care amintim :

— **Felul protezelor — parţiale sau totale.** Cu protezele parţiale acomodarea este mai rapidă decît cu protezele totale.

— **Experienţa pacientului cu o proteză anterioară.** Un purtător de proteză parţială se acomodează mai uşor şi mai repede cu o proteză totală, decît un pacient care nu a purtat nici un fel de proteză. Un vechi purtător de proteze parţiale sau totale, căruia i se refac protezele, va trece şi el printr-o nouă perioadă de adaptare, care nu poate fi evitată, însă sigur va fi mai scurtă, avînd o experienţă în acest domeniu.

— **Vîrsta pacientului.** Pacienţii tineri se adaptează rapid şi uşor la protezele mobilizabile, indiferent dacă sînt parţiale sau totale. Vîrstnicii au o perioadă mai lungă de adaptare la proteze şi cu mai multe dificultăţi.

— **Tipul de sistem nervos.** Pacienţii echilibraţi nervos se vor adapta mai uşor decît cei nervoşi.

— **Timpul scurs de la pierderea dinţilor pînă la aplicarea protezei.** Dacă proteza va fi aplicată la scurt timp după extracţii, perioada de adaptare la proteză va fi mai scurtă.

— **Dacă este necesară o singură proteză sau două, pentru fiecare maxilar.** Evident că protezele bimaxilare lungesc perioada de adaptare faţă de o proteză aplicată numai pentru un maxilar. Cu o proteză aplicată maxilarului superior perioada de adaptare este ceva mai lungă decît cu o proteză aplicată la maxilarul inferior (mandibulă), datorită suprafeţei mai mari pe care o ocupă o proteză superioară.

— **Felul protezei parţiale mobile.** Cu o proteză parţială scheletată (metalo-acrilică) adaptarea este mai scurtă decît cu o proteză parţială acrilică.

— **Corectitudinea realizării clinice şi tehnice a protezelor.** O proteză realizată după mulaje (amprente) precise, luate de medic şi atent confecţionată de tehnician, necesită o perioadă scurtă de adaptare, mai ales dacă proteza are un aspect frumos şi reface perfect fizionomia pacientului. O proteză care nu se menţine în gură, se deplasează în timpul masticaţiei, produce dureri permanente, necesită perioade lungi de adaptare, cu nenumărate retuşuri, care de multe ori îl fac pe pacient să renunţe la proteză. Din această cauză apare şi spaima faţă de o proteză nouă, existînd deja o experienţă cu o proteză nereuşită sau cu o proteză insuficient ori deloc retuşată (corectată) de medic.

— **Încrederea pe care o are pacientul în competenţa şi priceperea medicului.**

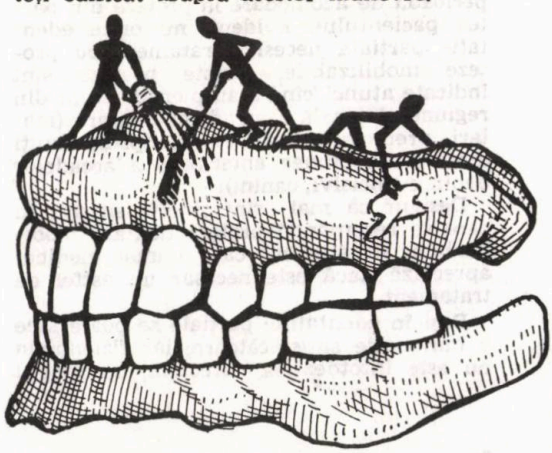
— **Respectarea cu stricteţe a indicaţiilor şi sfaturilor date de medic cu privire la purtarea şi îngrijirea protezei.**

Vă sfătuim să nu comparaţi modul de adaptare la proteze al unor cunoştinţe, cu ceea ce simţiţi dumneavoastră. Fiecare pacient, după cum aţi văzut, se adaptează în felul său la proteze, încît orice comparaţie cu alţi pacienţi nu trebuie şi nu poate fi luată în consideraţie.

După ce medicul v-a aplicat proteza parţială, veţi simţi imediat o lipsă de confort, datorită volumului protezei. Protezele par mari şi stînjenitoare, volumul lor incomodînd mai ales limba. Este senzaţia unui corp străin voluminos, care pare cu atît mai mare, cu cît a trecut mai mult timp de la pierderea dinţilor. Toţi pacienţii trec prin asemenea clipe, însă voinţa şi efortul de a păstra proteza permanent în gură, zi şi noapte, vor face să depăşiţi cu succes neplăcerile iniţiale. Medicul nu poate stabili durata perioadei de adaptare, dar cu puţină răbdare şi respectînd indicaţiile pe care le veţi primi, cu siguranţă că în scurt timp o să fiţi foarte mulţumiţi de proteza dumneavoastră, de care nu vă veţi putea lipsi nici o clipă.

CUM SE INTRODUCE ŞI SE ÎNDEPĂRTEAZĂ DIN GURĂ O PROTEZĂ PARŢIALĂ

Datorită prezenţei dinţilor naturali, care nu sînt totdeauna paraleli între ei, aplicarea protezei la locul ei, ca şi îndepărtarea din gură se fac cu oarecare greutate, care vă sperie puţin. Manevrele de introducere şi îndepărtare a protezei din gură vor fi mai întîi demonstrate de medic, apoi vor fi exersate de dumneavoastră, în faţa oglinzii, fiind asistat de medic. Nu părăsiţi cabinetul pînă nu sînteţi edificat asupra acestor manevre.



Aplicarea protezei. Se plasează proteza cu cîrligele (croşetele) în dreptul dinţilor corespunzători. Prin presiuni uşoare bilaterale ori numai pe o parte, exercitate cu degetele mari la protezele superioare şi cu arătătoarele la protezele de la maxilarul inferior, acestea fiind aplicate pe dinţii artificiali, se caută direcţia pe care proteza va ajunge la locul său în contact intim cu gingiile. **În nici un caz nu muşcaţi pe proteză pentru a o forţa să ajungă la locul ei !** Riscaţi deformarea sau fracturarea croşetelor, fisurarea protezei şi traumatizarea dinţilor naturali restanţi.

Îndepărtarea protezei. Se acţionează cu unghia degetelor arătătoare pentru proteza maxilarului superior şi cu unghia degetelor mari pentru proteza maxilarului inferior, aplicate sub croşete, în porţiunea lor de lîngă proteză, unde sînt mai rigide, nu la vîrful lor. Prin tracţiuni bilaterale uşoare, inverse decît s-a făcut aplicarea, proteza se va îndepărta din gură. Îndepărtarea protezei nu trebuie să se facă aplicînd forţe exagerate, acestea fiind traumatizante pentru dinţii naturali.

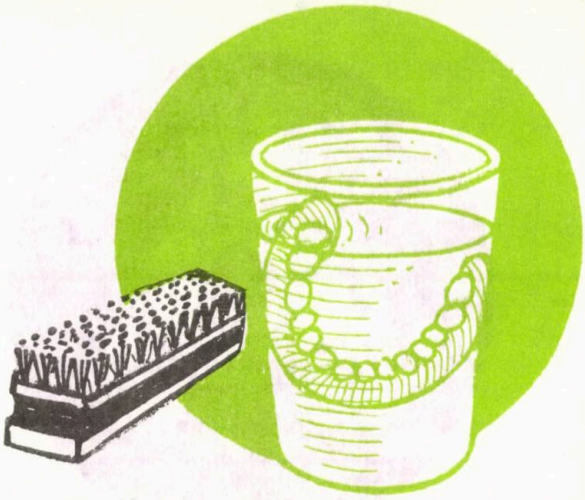
Dacă în timpul primelor aplicări şi îndepărtări ale protezei apare, în anumite zone, o durere vie, zona respectivă va fi indicată medicului, pentru a face corectările necesare.

Acasă veţi exersa manevrele de aplicare şi îndepărtare a protezei tot în faţa oglinzii. După cîteva zile de experienţă introducerea şi scoaterea protezei vor fi extrem de uşoare şi cu timpul veţi renunţa la oglindă.

Cît de bine trebuie să fie ancorată o proteză parţială ? O proteză parţială mobilă este suficient de bine ancorată de dinţii naturali prin croşete, atunci cînd rămîne la locul său în contact cu gingiile, la solicitările din timpul masticaţiei. O ancorare strînsă, exagerată, poate afecta sănătatea dinţilor restanţi.

Cu timpul se va constata că croşetele nu mai sînt aşa de eficiente ca la început, proteza mişcîndu-se în gură, în timpul masticaţiei. Este necesară intervenţia medicului, pentru a corecta această deficienţă. **Nu încercaţi să strîngeţi croşetele ; riscaţi să le rupeţi !** Orice modificări aduse protezei de către dumneavoastră **au sigur urmări negative** asupra dinţilor restanţi şi chiar asupra maxilarelor.

După 24 de ore de la aplicarea protezei, trebuie să vă prezentaţi din nou la medic, pentru eventuale corecturi, chiar dacă nu aveţi nimic de obiectat cu privire la proteză. În toată această perioadă de 24 de ore, cît şi pînă vă obişnuiţi, **permanent, zi şi noapte,** trebuie să purtaţi proteza, îndepărtarea făcîndu-se numai pentru a fi spălată.



MANIFESTĂRILE CARE POT SĂ APARĂ DUPĂ APLICAREA PROTEZEI ŞI CE TREBUIE FĂCUT PENTRU A ACCELERA ADAPTAREA LA PROTEZĂ

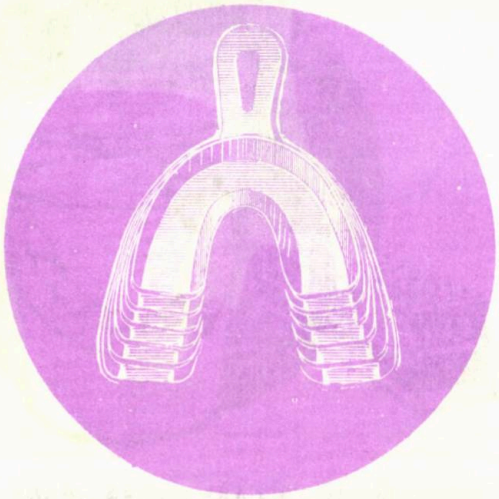
„Neplăcerile" pe care le poate da o proteză parţială mobilizabilă nu sînt obligatorii pentru toţi pacienţii şi pot avea intensităţi variabile, de la pacient la pacient. Există pacienţi care s-au simţit bine cu proteza din prima zi şi alţii care s-au acomodat greu, fiind necesare mai multe şedinţe de retuşuri ale protezei. Au existat şi unii, puţini la număr, care nu au reuşit să se acomodeze cu proteza, deşi au încercat acelaşi tratament la diverşi medici, fiind posesori a mai multor proteze.

Dintre cele mai frecvente manifestări, menţionăm :

1. **Senzaţia de greaţă-vomă.** Apare mai ales la pacienţii cu un astfel de reflex, exagerat. Se declanşează datorită protezelor de la maxilarul superior, care ocupă tot cerul gurii şi ajung pînă la o anumită limită, precisă, a fundului gurii. Nu solicitaţi scurtarea posterioară a protezei, căci este o greşeală care poate avea urmări neplăcute.

De multe ori în apariţia acestui reflex intervine autosugestia şi nu anumite particularităţi ale gurii. În cazul apariţiei reflexului de greaţă-vomă, vă recomandăm să faceţi respiraţie profundă pe nas ; de cele mai multe ori senzaţia neplăcută dispare. Dacă însă reflexul persistă, scoateţi proteza, beţi puţină apă rece, înghiţind cantităţi mici, reaplicaţi proteza şi sigur vă veţi simţi mai bine. Autosugestia poate fi combătută prin ocuparea timpului cu o activitate care să vă distragă atenţia de la proteză. Pot fi utilizate şi calmante uşoare. În maximum o zi reflexul de greaţă-vomă dispare, de obicei, la toţi pacienţii.

2. **Salivaţie exagerată.** Apare în primele ore de la aplicarea protezei şi se datoreşte stimulării glandelor salivare de con-



tactul cu acest corp străin, care este proteza. Nu vă alarmaţi, secreţia salivară revine la normal. Evitaţi să scuipaţi permanent, căci aceasta stimulează glandele salivare. Puteţi consuma bomboane, ceea ce vă obligă să înghiţiţi saliva.

3. **Tulburările de vorbire.** Sînt aproape inevitabile, deoarece proteza micşorează spaţiul pentru limbă. Aceste tulburări sînt mai mari şi mai persistente la cei cărora li s-au aplicat proteze la ambele maxilare. Sînt modificate mai ales pronunţările fonemelor S, Ş, Z, care însă, prin adaptarea limbii la noua situaţie, vor fi pronunţate cu timpul corect, fără un efort conştient din partea dumneavoastră.

Pentru a grăbi pronunţia corectă, vă recomandăm să citiţi un text cu voce tare, repetînd acele cuvinte care vă par a fi modificate. De obicei în două-trei zile veţi căpăta vorbirea obişnuită.

4. **Dificultăţi în masticaţie.** La început masticaţia este mai dificilă, fiind necesar mai mult timp şi mai multe mişcări pentru sfărîmarea unui aliment. Veţi avea o nesiguranţă şi chiar o greutate în masticaţie, mai ales dacă s-au aplicat proteze ambelor maxilare. Trebuie să învăţaţi să mîncaţi cu protezele ; aceasta se realizează cam în două săptămîni şi uneori chiar mai mult. Pentru masă veţi acorda mai mult timp decît de obicei şi, pentru început, este bine să evitaţi a lua masa în colectiv. Veţi folosi alimente mai moi, tăiate în bucăţele mici, iar masticaţia se va face încet. Nu trebuie să vă descurajeze lipsa de eficienţă a dinţilor artificiali, care este trecătoare.

Dacă purtaţi o proteză parţială ce înlocuieşte dinţii anteriori evitaţi să muşcaţi alimentele cu proteza, deoarece este posibilă desprinderea acesteia ; tăiaţi alimentul cu cuţitul şi folosiţi pentru sfărîmare dinţii laterali. Nu apreciaţi ca o greşeală spaţiul care, de cele mai multe ori, există între dinţii anteriori superiori şi cei inferiori. Acest spaţiu a fost creat intenţionat şi nu deranjează nici fizionomia şi nici eficienţa protezelor.

5. **Modificări ale fizionomiei.** Acestea pot să apară în cazul protezelor parţiale, care tratează edentaţii ale incisivilor şi caninilor, mai ales cînd a trecut mult timp pînă la aplicarea protezei ; uneori, însă, şi în cazul protezelor parţiale aplicate în regiunea laterală. Buzele şi obrajii sînt întinşi, dinţii artificiali vi se par prea mari, faţa şi mimica este rigidă — parcă n-aţi fi dumneavoastră —, mai ales dacă aveţi şi tulburări de vorbire. **Nu vă neliniştiţi şi, mai ales, nu vă descurajaţi ! În scurt timp părţile moi din jurul gurii (buze, obraji) îşi recapătă tonusul normal.** Grăbiţi adaptarea prin masaj al buzelor şi obrajilor sau sugeţi bomboane. Evident că unele obiecţii juste privind bombarea buzelor sau lungimea dinţilor pot fi retuşate de medic, dar nu insistaţi ca aceste modificări să fie făcute din prima şedinţă, ci numai după ce s-a instalat relaxarea ţesuturilor.

6. **Muşcarea limbii sau a obrajilor.** Aceasta poate să apară în timpul masticaţiei la acei pacienţi care au amînat mult timp tratamentul cu proteze şi la care s-a produs o pierdere a tonicităţii obrajilor şi o lăţire a limbii. După aplicarea protezei, atît limba cît şi obrazul caută să-şi reia locul, care acum este însă ocupat de dinţii artificiali. Cu timpul tonicitatea musculară revine la normal, dispărînd şi acest neajuns. Uneori, însă, este nevoie de intervenţia medicului pentru a face corecturi, acolo unde se produce muşcarea repetată.

7. **Acumularea de alimente sub proteză.** În măsură mai mare sau mai mică, sub toate protezele se acumulează resturi de alimente. Cu cît sînt mai vechi protezele, cu atît cantitatea de alimente de sub ele este mai mare, datorită atrofiei gingiilor şi apariţiei unui spaţiu între proteză şi gingii. Pentru a înlătura posibilitatea apariţiei unor manifestări patologice, insistăm asupra întreţinerii unei igiene impecabile a protezei şi a gurii.

8. **Durerea.** Chiar de la început, în momentul aplicării protezei, pot să apară dureri în anumite zone, după cum s-a amintit anterior. Dacă acestea sînt puternice, necesită corecturi imediate ale protezei. Durerile slabe sau jena dintr-o regiune poate să dispară după purtarea protezei şi să apară în altă parte. Durerea apare de obicei după aproximativ 6 ore de la aplicarea protezei, are diferite intensităţi şi, în nici un caz, **nu reprezintă semnul unui defect al protezei.** Aproape toate protezele noi necesită corecturi pentru îndepărtarea durerilor. Durerea se datoreşte sprijinului protezei pe gingiile care nu sînt obişnuite să suporte deocamdată astfel de solicitări. Dacă durerile sînt su-

portabile, nu veţi scoate proteza din gură (decît pentru a o spăla), pînă vă prezentaţi a doua zi la medic. Dacă durerile sînt mari şi insuportabile veţi scoate proteza din gură, dar cu 2—3 ore înainte de a vă prezenta la medic o veţi repune în gură. Nerespectînd acest lucru zonele iritate de proteză se vindecă, iar medicul nu va putea face corectura cu exactitate. **Respectaţi cu stricteţe această indicaţie şi nu vă prezentaţi la medic cu proteza în „batistă".**

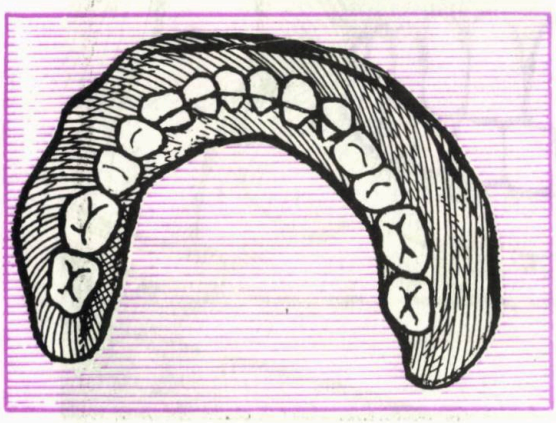
Uneori sînt necesare mai multe şedinţe pentru retuşuri în vederea înlăturării durerilor, mai ales la protezele totale ale maxilarului inferior, unde gingiile pot fi foarte atrofiate. Chiar şi cele mai bune proteze necesită mai multe şedinţe pentru retuşuri. Pentru a grăbi vindecarea iritaţiilor date de proteze, păstraţi o igienă bună şi clătiţi gura cu ceai de muşeţel rece.

9. Senzaţii de arsură, înţepături sau mîncărime. De multe ori aceste senzaţii sînt puse greşit pe seama alergiei la materialul plastic din care este confecţionată proteza. Alergia la acrilat este foarte rară.

În mai toate cazurile, iritaţiile mecanice date de proteză, ca şi instabilitatea acesteia sînt percepute sub forma acestor senzaţii. Medicul va descoperi şi va înlătura factorul iritativ.

IGIENA PROTEZEI ŞI A GURII

Păstrarea unei igiene impecabile a protezelor dentare mobile, ca şi a gurii, este de cea mai mare importanţă pentru durata tratamentului cu proteze. Cele mai bune şi mai frumoase proteze pot dăuna dinţilor restanţi şi gingiilor datorită lipsei de igienă ; de aceea insistăm asupra **acordării unui timp suficient şi cea mai mare atenţie igienei protezei şi a gurii.** La foarte mulţi pacienţi se întîlneşte, chiar atunci cînd se prezintă la medic, o inexplicabilă lipsă de igienă a gurii şi mai ales a protezei, care a avut drept consecinţă compromiterea tratamentului protetic, ca să nu mai amintim de aspectul neplăcut. O igienă bună face nu numai plăcută purtarea protezei, dar menţine pentru mult timp, în bune condiţii, dinţii restanţi şi gingiile.



Prin aplicarea protezei parţiale se formează zone în care resturile alimentare se depozitează, fără ca pacientul să le poată îndepărta prin autocurăţire, aşa cum se întîmplă şi la cei care au arcadele dentare integre. Aceste zone retentive pentru alimente apar mai ales la nivelul dinţilor pe care s-au aplicat croşete şi din această cauză cariile şi iritaţiile gingivale sînt foarte frecvente. Rămîn, de asemenea, resturi alimentare în spaţiile dintre dinţii artificiali, sub proteză, după cum s-a amintit, precum şi la marginile protezei. În timpul masticaţiei, chiar pe suprafaţa lustruită a protezei, dar mai ales pe suprafaţa de contact cu gingiile, care nu este lustruită, se depune o peliculă grasă de care aderă resturi alimentare. Se formează astfel un depozit fin şi destul de aderent de proteză, care favorizează dezvoltarea microbilor şi a ciupercilor patogene, întreţine o fermentaţie locală ce favorizează caria dentară, inflamaţia gingiilor şi a mucoasei bucale în contact cu proteza. Această din urmă manifestare apare mai ales la maxilarul superior, pe cerul gurii şi gingiei, după un timp de purtare al unei proteze prost îngrijite, dînd pacientului senzaţia de arsură, mîncărime, sîngerări la cea mai mică atingere, uşoare dureri şi miros neplăcut al gurii. Gingiile devin roşii, sensibile, acoperite cu un depozit fin alb şi moale. Mulţi pacienţi şi chiar medici cred că au în faţă aşa-numita alergie la acrilat, de care s-a vorbit. Adevărul este că avem de-a face cu o lipsă de igienă, o igienă superficială sau incorectă.

Cum se curăţă proteza ? După fiecare masă, **proteza va fi scoasă din gură** şi curăţită prin periere, folosind o perie de unghii sau o perie specială pentru proteze (nu periuţa de dinţi), săpun de toaletă şi apă.

Perierea se face cu conştiinciozitate pe toate feţele protezei şi cu grijă la nivelul croşetelor, pentru ca acestea să nu se deformeze. Perierea se va face deasupra chiuvetei aproape plină cu apă, pentru a diminua şocul şi a evita spargerea protezei dacă aceasta ar aluneca din mînă.

Nu sînt indicate pentru curăţirea protezei diversele soluţii care se găsesc în comerţ, acestea putînd duce la decolorarea acrilatului sau la iritaţii ale mucoasei bucale. **Curăţirea mecanică cu peria, apă şi săpun este cel mai eficient mijloc de îngrijire a protezei.**

Nu se vor folosi pentru curățire substanțe abrazive, cum este **Tix**-ul, deoarece se pierde lustrul protezei. De asemenea, nu utilizați pentru spălarea protezei apa clocotită sau fierberea protezei, deoarece aceasta se poate deforma. Nu utilizați pentru dezinfectarea protezei alcoolul și nici detergenții, pentru a o degresa. Împotriva depunerilor de piatră (tartru), ca și a petelor de tutun, vă recomandăm ca o dată pe săptămînă, noaptea, proteza să fie ținută într-un pahar cu apă, la care s-a adăugat o lingură de oțet.

După curățirea protezei urmează să se facă la fel de conștiincios igiena dinților. Se va folosi **peria de dinți aspră și orice fel de pastă de dinți.** Se va face periajul dinților pe care sînt aplicate croșetele, de jur-împrejurul lor, realizînd astfel și un masaj al gingiilor. Este necesar să se facă și perierea zonelor gingivale pe care se sprijină proteza, ca și a cerului gurii, pentru a îndepărta pelicula de resturi alimentare. După periajul cu peria de dinți, clătiți-vă puternic, energic, de mai multe ori, pentru a îndepărta toate resturile alimentare mobilizate de periuță.

Simpla clătire cu apă, ca și utilizarea apelor de gură existente în comerț nu pot înlocui, în nici un caz, periajul.

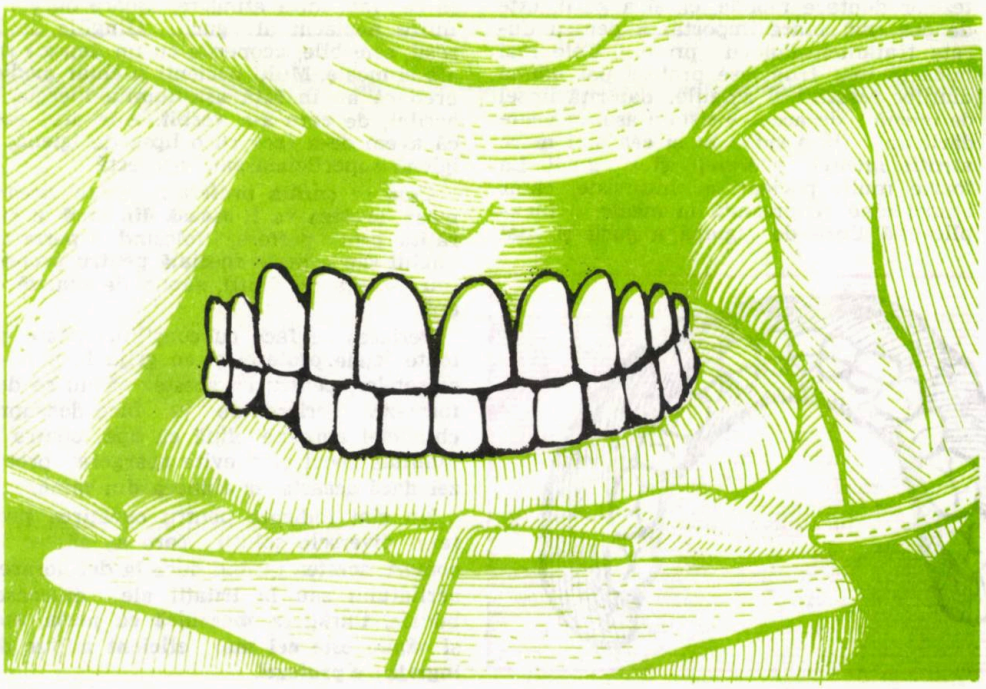
Seara, chiar dacă nu mîncați, este totuși necesară curățirea protezei și a gurii, înainte de culcare.

CUM TREBUIE PURTATE PROTEZELE DENTARE MOBILIZABILE

Pînă vă obișnuiți cu proteza, deci toată perioada de adaptare, este necesar ca aceasta să fie purtată permanent, zi și noapte. După ce v-ați obișnuit cu proteza, este indicat ca noaptea să nu o mai purtați. Aceasta pentru a realiza o relaxare a țesuturilor și a dinților cu care proteza vine în contact. Pe perioada cît nu se poartă, proteza va fi păstrată într-un pahar cu apă, evident, numai după ce a fost bine spălată.

S-a constatat pe un număr mare de pacienți că la cei ce purtau protezele parțiale permanent, zi și noapte, procentul de carii, iritații ale gingiilor, mobilitatea dinților pe care se aplică croșetele, atrofia maxilarelor a fost mult mai mare decît la cei ce purtau protezele numai în timpul zilei. Încă un motiv pentru a vă convinge să purtați protezele numai ziua !

Dacă din diferite motive nu purtați proteza parțială mai mult timp (cîteva săptămîni), deși ați fost acomodat cu aceasta, veți constata că proteza se va aplica în gură mai greu, chiar cu dificultate, iar senzația pe care o aveți este cea din prima zi — un corp străin la care trebuie să vă readaptați. Dacă perioada cît nu ați purtat proteza a fost și mai lungă, veți constata că proteza nu mai poate fi aplicată la locul ei, datorită deplasărilor dinților naturali, aceasta fiind de neutilizat.



CE URMEAZĂ DUPĂ APLICAREA PROTEZELOR PARȚIALE MOBILE

Aplicarea unei proteze parțiale și chiar totale nu reprezintă un tratament definitiv. Deci nu considerați problema dinților încheiată. Gingiile dumneavoastră, datorită presiunilor normale date de proteză, mai ales în timpul masticației, suferă o atrofie pe care nu o putem evita, dinții restanți pot face carii, gingia din jurul acestor dinți se poate inflama, unii dinți capătă o mobilitate mare, de multe ori croșetele se rup și chiar protezele se fisurează sau se fracturează.

După un timp de purtare a protezei de care ați fost foarte mulțumit, veți constata — deși este numai o impresie — că aceasta a devenit largă. De fapt cauza trebuie căutată în atrofia oaselor maxilare care fac ca proteza să nu mai fie în contact intim cu gingiile, ci la distanță, favorizînd acumulările de alimente. Atrofia maxilarelor face, de asemenea, ca în masticație proteza să sufere diferite deplasări care pot traumatiza dinții restanți, fracturează croșetele și chiar proteza, irită gingiile, grăbesc atrofia osului, iar masticația nu mai este eficientă. Trebuie să mai amintim și de tocirea dinților din material plastic, care nu au o așa de mare rezistență mecanică în timp, mai ales dacă opus lor se află dinți naturali sau lucrări metalice fixe.

De aceea este necesar **un control periodic obligatoriu la cel puțin 6 luni.** Unii pacienți poartă protezele în condiții bune mulți ani, la alții însă intervin modificări patologice la nivelul dinților restanți și al gingiilor destul de rapid, ca urmare a îmbătrînirii firești a țesuturilor buco-dentare, care depind, fără discuție, de starea generală a organismului.

Deci medicul trebuie să verifice periodic protezele, să efectueze tratamentele dentare și gingivale necesare, iar dacă este indicat va căptuși protezele. Atrofiile oaselor maxilare favorizează fracturările protezelor necăptușite la timp și care, deși reparate, nu mai au aceeași rezistență și trebuie refăcute. Și croșetele dentare, în timp, datorită oboselii materialului din care sînt confecționate, se pot rupe. Este posibilă reparația numai dacă medicul ia o amprentă în acest scop. Chiar unii dinți naturali care necesită extracția pot fi înlocuiți pe proteza parțială.

După mai multe reparații și căptușiri ale protezelor, aspectul lor ajunge să fie neplăcut, iar adaptarea precisă pe gingii suferă și ea, ca să nu mai vorbim de dinții artificiali care s-au tocit. În această situație se impune refacerea protezei.

Orice proteză nouă, indiferent că este parțială sau totală, aplicată unui vechi purtător de proteză, necesită, fără discuție, o nouă perioadă de adaptare, mai scurtă și poate cu mai puține neajunsuri decît la prima proteză. Deși există o experiență în purtarea protezei și s-ar crede că noua proteză va fi la fel ca prima, este practic imposibil ca două proteze să semene între ele, chiar dacă sînt făcute de același tehnician și de același medic. Anumite părți ale protezei, cum sînt dinții artificiali — forma, mărimea, culoarea — dacă au mulțumit pacientul pot fi reproduse cu destulă exactitate. Alte părți însă diferă față de vechea proteză, pentru că și situația gurii pacientului este, sigur, alta.

Deci nu așteptați ca la noua proteză să vă adaptați din prima clipă !

SFATURI ȘI RECOMANDĂRI PENTRU PURTĂTORII DE PROTEZE TOTALE

Față de protezele parțiale mobilizabile, cu protezele totale este necesară o mai lungă și mai dificilă perioadă de adaptare, mai ales dacă pacientul nu a purtat anterior o proteză parțială.

Aplicarea și îndepărtarea protezei totale din gură nu pune probleme. Ceea ce vă sperie la început este problema menținerii protezelor, mai ales a protezelor totale ale maxilarului inferior. Există situații favorabile menținerii protezelor totale mai ales atunci cînd gingiile sînt mari, înalte, bine reliefate, și cazuri în care menținerea este precară, datorită atrofiei marcate a gingiilor. Cu toate acestea, aproape toți pacienții purtători de proteze totale reușesc pînă la urmă să „dreseze" protezele, astfel încît menținerea și masticația se vor realiza în bune condițiuni. Evident, însă, într-un timp ceva mai lung și cu multă perseverență. De aceea vă recomandăm să nu vă descurajați și nici să fiți influențați de cei care deja s-au obișnuit cu protezele și care poate au o situație a gingiilor mai bună ca a dumneavoastră. **Nu faceți nici un fel de comparație cu alți purtători de proteze.** Cu timpul și dumneavoastră veți fi mulțumit de proteză.

Toate manifestările amintite la proteza parțială sînt valabile și pentru proteza totală, dar de o amploare ceva mai mare, mai ales dacă sînt aplicate proteze totale bimaxilare. Citiți cu atenție și respectați indicațiile prezentate la proteza parțială. Sfaturile date anterior rămîn valabile și acum. Insistăm mai ales în ceea ce privește învățarea de a mînca pe proteze. Masticația la început va fi dificilă, mai ales dacă protezele nu au o menținere bună. Cu timpul, învățînd reflex să mențineți protezele, veți putea să mîncați bine.

Mai ales cu protezele totale vă recomandăm **să nu mușcați alimentele**; veți folosi furculița și cuțitul pentru tăierea alimentelor în fragmente cît mai mici. Utilizați alimente cît mai moi și mai calde, pentru că suprafața mare a protezelor vă împiedică, la început, să simțiți gustul alimentelor.

Uneori, în timpul vorbitului și mai ales la tuse, căscat, strigat, strănut, protezele se pot desprinde. Pentru a le reda aderența, închideți gura și presați protezele de gingii. Cu cît sînt mai intim aplicate pe gingii, cu atît protezele se mențin mai bine.

După un timp de purtare a protezei totale este necesară căptușirea acesteia, datorită atrofiei gingiilor, iar după un număr de ani, este nevoie de refacerea protezelor.

DR. **ANDREI IONESCU**
Medic primar

Stadiul actual al IMPLANTOLOGIEI DENTARE

Înlocuirea prin *implante* a dinților pierduți este o dorință veche, atît a pacienților, cît și a stomatologilor. Cu toate acestea, o bună perioadă de timp dinții pierduți nu au putut fi înlocuiți decît prin diferite proteze. Și în domeniul proteticii dentare s-au făcut progrese deosebite, astăzi neexistînd nici o formă de edentație care să nu poată beneficia de un tratament protetic, tratament capabil să satisfacă cele mai exigente cerințe funcționale și fizionomice.

Și totuși continuăm să ne gîndim la implante: specialiștii imaginează diferite forme și sisteme de ancorare a implantelor în maxilar, căutînd materiale care să fie cît mai bine tolerate. Problema care se ridică însă în legătură cu orice implant care urmează să înlocuiască un dinte pierdut este că acesta, introdus fie în maxilar, fie sub gingie, în mod fortuit vine în contact cu mediul bucal, care prezintă o floră microbiană extrem de variată. Or, germenii microbieni au posibilitatea de a pătrunde sub gingie sau direct în os, prin orice soluție de continuitate a mucoasei bucale, producînd infecții și ducînd, implicit, la eliminarea implantului care, uneori, poate fi urmată și de inconveniente deosebit de grave în ceea ce privește restaurarea protetică clasică. Aceste inconveniente au făcut ca implantele dentare să aibă, atît în trecut cît și în prezent, numeroși adversari. Cu toate acestea implantologia dentară progresează permanent.

De la primele *implante juxtaosoase subgingivale*, aplicate în urmă cu mai bine de 4 decenii şi pînă în zilele noastre, s-au făcut progrese remarcabile, atît în ceea ce priveşte tehnica operatorie, cît şi materialele şi tehnologia de confecţionare, care permite modelarea unor implante subţiri, dar rezistente şi bine tolerate de organism. Barele metalice introduse subgingival direct pe os sînt prevăzute cu un număr de 4—6 piloni de formă cilindrică sau tronconică, ce străbat mucoasa, proeminînd în cavitatea bucală. Pe aceşti piloni, care de fapt reprezintă nişte stîlpi de punte, se aplică o lucrare protetică fixă.

Confecţionarea implantelor juxtaosoase necesită o intervenţie chirurgicală de amprentare a osului, obţinerea unui model pe care, apoi, se confecţionează, prin turnare, implantul. Urmează o a doua intervenţie, aceea de introducere subgingival, direct pe os, a implantului metalic.

Implantele juxtaosoase au dezavantajul că, în cazul în care sînt respinse de organism, confecţionarea ulterioară a unei proteze mobile este foarte dificilă, dacă nu uneori chiar imposibilă, datorită cicatricelor care rămîn pe gingie şi pe os.

Din această cauză s-au imaginat alte forme de implante preconfecţionate, introduse în os, care — chiar dacă sînt respinse de organism — nu dau cicatrice importante şi permit protezarea clasică ulterioară.

Astfel s-au imaginat implante care au forma unor ace cu diametrul de 1,2 mm şi lungimi variabile între 20 şi 40 mm, numite *implante-ac*. Acele se introduc cîte 3, transgingival, direct în os, avînd direcţii divergente. Capetele acelor care rămîn în afara gingiei se solidarizează între ele cu ajutorul unei răşini acrilice, realizînd un bont artificial, peste care apoi se aplică o coroană de înveliş obişnuit. Implantele-ac sînt confecţionate din tantal, metal extrem de bine tolerat de organism, introducerea lor făcîndu-se cu ajutorul unor piese speciale.

Alte implante intraosoase, tot din tantal, au forma unor şuruburi cu palete foarte largi şi bine ascuţite, ce se introduc în lăcaşuri confecţionate cu burghie speciale, de os, al căror pas este identic cu cel al implantelor. *Implantele-şurub* se pot introduce în alveole fie imediat după extracţie, fie ulterior, după ce s-au confecţionat, cu ajutorul burghiului de os, lăcaşurile de care am vorbit mai sus. Porţiunea extragingivală a implantului-şurub are forma unui bont artificial, peste care se aplică o coroană de înveliş.

S-au mai confecţionat asemenea şuruburi din aliaje inoxidabile de crom-cobalt sau cristal sintetic, al căror principiu de introducere este aproximativ identic.

Din titan s-au confecţionat implante sub forma unor lame, de obicei trapezoidale, care se introduc în maxilar după ce, în prealabil, gingia a fost secţionată. Lăcaşul pentru lama implantului se realizează cu ajutorul unor freze. Unii specialişti au adăugat *implantelor-lamă* aripioare stabilizatoare, care se introduc între gingie şi os.

S-ar părea că sînt tolerate foarte bine implantele intraosoase confecţionate din ceramică. Forma acestor

implante din ceramică este asemănătoare cu a implantelor-lamă, cu o porțiune interioară și alta endobucală, prevăzute cu bont artificial.

Succesul unui implant intraosos ține de mai mulți factori și anume :

— adaptarea implantului în lăcașul osos trebuie să fie cît mai intimă, astfel încît organismul să poată genera în jurul său un țesut cicatricial foarte strîns, care să-l încastreze ;

— coroana de înveliș sau lucrarea protetică care se aplică pe implant trebuie aplicate foarte precoce, după maximum 24 de ore, avînd grijă ca modelarea suprafețelor de masticație să permită transmiterea de presiuni care să stimuleze depunerea de os și nu resorbția acesteia ;

— gingia din jurul bontului artificial să adere cît mai strîns de implant, permițînd în același timp păstrarea unei igiene bucale extrem de riguroase.

Nu putem avea pretenția de la un implant — oricît de bine ar fi tolerat — ca să dureze o viață întreagă ; în osul din jurul implantului au loc o serie de procese firești, exact ca în jurul unei rădăcini dentare care, în final, duc la eliminarea acesteia, așa cum se întîmplă la bătrîni.

PROF. DR. **C. BURLIBAȘA**
I.M.F., București

Medicina și sportul

ANESTEZISTUL
Un K.O. poate să fie
La el tot anestezie.

ACUPUNCTORUL
Scrima prin înțepătură
I se pare-acupunctură.

BALNEOLOGUL
Îl vezi, etapă de etapă,
La polo, că e joc de apă.

CHIRURGUL
La fotbal e ca-n paradis,
Cum vede-un jucător „deschis".

DIETETICIANUL
Propune, fără șovăială,
Tenis de masă... rațională.

IGIENISTUL
La tir cere, năzdrăvan,
Pentru muște „Detexan".

INTERNISTUL
Îl vezi la șah tare-ntristat,
Cînd intră-un jucător în „pat".

OBEZUL
E-atras, conform necesității,
De aruncarea greutății.

PEDIATRUL
Merge la fotbal cu amici,
Numai la meciuri de pitici.

PSIHIATRUL
La ștachetă, o clipită
E atent dacă-i „sărită".

RADIOLOGUL
Îi place-n sprintul ce-l îmbie
Sosirea „la fotografie".

REUMATOLOGUL
Tot tratînd discopatii,
Are disco-simpatii.

SOMNOTERAPEUTUL
Pescarii toți să prindă-ar vrea
Somn și nimica altceva.

SORA MEDICALĂ
Consideră drept un deliciu,
La volei orișice serviciu.

V. D. POPA

Cărți de vizită

Dr. STELA TOMICĂ-BERNINI

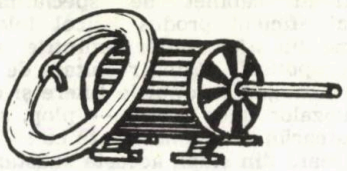
(5,9;6)

Dr. IONEL DIMA-ȚOPESCU

(5,7;6)

Aflați prin anagramare specialitățile și localitățile în care profesează fiecare din cei doi doctori de mai sus.

Chirurgicală



(REBO : 4+5+2)

La vizita medicală

(REBO ELIPTIC ANAGRAMAT : 4+(4)=7)

Verb medical

(REBO : 3+4)

Traumatism articular

(MONOVERB : 3—7)

Terapeutică

(METAGRAMĂ : XXOXXXX)

$E\frac{2}{4}$

Anatomica

(MONOVERB CU PROPOZIȚIE : 3—7)

FILATOARE

ADAM STOICA

Cîte ceva despre APITERAPIE

CONF. DR. DOC. **CORNELIA PĂUNESCU**

Problema mereu actuală a revizuirii arsenalului terapeutic — cu evitarea, pe cît posibil, a medicamentelor cu efecte secundare nedorite şi înlocuirea lor cu măsuri în stare să stimuleze forţele proprii de apărare ale organismului — a dus, în anii din urmă, la reactualizarea unor terapii vechi, tradiţionale, mult timp lăsate în părăsire.

Printre acestea, un loc important îl ocupă apiterapia, adică tratamentul cu produse apicole, ca : mierea, polenul, propolisul, lăptişorul de matcă, veninul şi ceara de albine.

În România, ţară în care apicultura se practică din cele mai vechi timpuri, apiterapia a luat o mare dezvoltare, în anul 1975 organizîndu-se la Bucureşti primul Sector medical de apiterapie din lume. Acest sector, condus de Institutul de cercetări pentru apicultură, experimentează mereu noi produse farmaceutice apicole, care sînt administrate bolnavilor ce se prezintă, în număr tot mai mare, la cele 8 servicii de specialitate ale sale, şi anume : medicină internă, reumatologie, cardiologie, dermatologie (cu un cabinet de cosmetică medicală), chirurgie-urologie, otorinolaringologie, oftalmologie, stomatologie.

Rezultatele obţinute pînă în prezent de serviciile amintite au fost constant favorabile, realizîndu-se frecvente vindecări şi ameliorări într-o serie de afecţiuni pentru care bolnavii se tratează anterior, fără succes, cu medicamentele obişnuite.

În calitate de otorinolaringolog, voi vorbi mai pe larg de efectele produselor apicole în bolile căilor respiratorii şi digestive superioare şi, în primul rînd, în rinosinuzitele, faringoamigdalitele şi laringotraheobronşitele cronice, boli care reprezintă majoritatea cazurilor prezentate într-un cabinet de specialitate.

Cel mai eficient produs apicol folosit în tratamentul afecţiunilor amintite mai sus este *propolisul*. Răşină recoltată de albine de pe mugurii, ramurile tinere şi codiţele frunzelor unor arbori — plop, salcie şi mesteacăn — şi amestecată cu saliva lor şi cu ceara din stupi, această substanţă este foarte activă prin proprietăţile sale antibacteriene, antivirotice şi antimicotice, antiinflamatoare, cicatrizante şi stimulante ale forţelor de apărare ale organismului.

Din bogata şi variata gamă de medicamente cu propolis, preparate în laboratoarele Institutului de cercetări pentru apicultură şi puse la dispoziţia bolnavilor la Punctul farmaceutic al sectorului medical de apiterapie din Bucureşti, str. C.A. Rosetti 31, cele mai frecvente pentru tratamentul neplăcutelor inflamaţii cronice ale căilor respiratorii superioare sînt :

— *Propoheliant*, care acţionează ca decongestionant şi regenerator al mucoasei şi ca fluidifiant al secreţiilor nazale, sub formă de picături în nas, dimineaţa şi seara, după suflatul corect al nasului.

— *Proporinol*, cu efect emolient şi dezobstruant, pomadă cu propolis, efedrină, borax, lanolină şi vaselină, de aplicat în nas.

— *Apa de gură Floral*, dezinfectantă şi cicatrizantă, în afecţiunile bucofaringiene, soluţie alcoolică de propolis — asociată cu unele preparate din plante aromatice folosite în stomatologie — sub forma de gargarisme, în ceai de muşeţel bicarbonatat.

— *Tablete Proposept*, pentru supt, după mese.

— *Propofaringit* şi *Propostamin*, suspensii de propolis în miere de salcie, cu adaos de lăptişor de matcă şi — la al doi-

lea preparat — cu stamicină, folosite sub forma de badijonaje (pensulații) în faringe și în cavitatea bucală.

— Pulbere de propolis liofilizat *Propo-sept*, care se dizolvă, în momentul întrebuințării, în ser fiziologic efedrinat, pentru aerosoli administrați pe nas (în rinosinuzite) sau pe gură (în faringolaringotraheobronșite).

Pentru consolidarea efectelor favorabile ale aplicării locale a preparatelor cu propolis mai sus citate tratamentul trebuie să fie completat și cu o apiterapie pe cale generală, cu atît mai mult cu cît mulți dintre bolnavii cu rinosinuzite, faringoamigdalite sau laringotraheobronșite cronice sînt purtători și ai altor afecțiuni care le scad forțele de apărare ale organismului.

În acest scop se recomandă, după caz :

— *Tinctura propolis* 30% (mitte) și 50% (forte), cu efect biostimulator și hipotensiv.

— *Sirop contra tusei*, pentru adulți și pentru copii, conținînd propolis și miere în infuzie de tei.

— *Miere propolizată* 2% și 5%, fortifiant și regenerator.

— *Polen granule* sau preparatele *Energin, Melpol, Polenapin* (cu polen și miere), avînd efecte biostimulatoare.

— *Păstură* — amestec de diferite polenuri concentrate — cu acțiune biostimulatoare sporită.

— *Polenolecitin, Lecipol* și *Meltonin*, care conțin polen, miere și lecitină vegetală, indicate în scăderea randamentului intelectual și fizic și în stările de denutriție, dar contraindicate la cei cu diabet, ulcer gastric sau gastrită hiperacidă.

— *Apivitas forte*, care conține polen, miere și apilarnil, puternic biostimulant și vitalizant.

— *Anemomel* (miere, vitamina C și fier), eficient în anemii.

— *Melcalcin* (miere, lăptișor de matcă și calciu), tonic activ, recomandat mai ales la copii.

Pentru că *mierea* — produsul de bază cel mai cunoscut și cel mai des folosit al stupului — face parte din foarte multe dintre preparatele apicole, vom spune cîteva cuvinte despre acest produs. Produsă de albine prin colectarea nectarului de pe flori, mierea este un aliment ușor de digerat, conținînd în compoziția sa zaharuri direct asimilabile, ca fructoza și lactoza, precum și o serie de fermenți, vitamine, săruri minerale, hormoni, substanțe bactericide și arome.

Printre efectele terapeutice ale mierii, le citãm pe cele neurosedative și antiseptice din *mierea de tei*, antispastice și sedative din *mierea poliflorã*, tonice și calmante ale diskineziilor biliare și gastrointestinale din *mierea de mentă*, calmante ale tusei și antiseptice din *mierea de salcîm*, antiseptice, antiinflamatorii și diuretice din *mierea de conifere*. În ceea ce privește *mierea în fagure*, valoarea biologică a produsului este și mai sporită, prin aportul de vitamine conținut în ceară (în special vitamina A), care — după ce curăță și dezinfectează dinții — trece mai departe, influențînd, în mod favorabil, întregul organism.

După ce am arătat care sînt preparatele pe bază de produse apicole ce pot fi folosite cu succes în inflamațiile cronice ale căilor respiratorii și digestive superioare, ținem să subliniem că ele nu trebuie să fie folosite la întîmplare, ci numai la indicația medicului, singurul în măsură să aprecieze ce anume preparat este necesar în fiecare caz în parte, precum și modul de administrare și durata tratamentului. Respectînd indicațiile medicului, marea majoritate a celor suferinzi de rinosinuzite, faringoamigdalite și laringotraheo-

bronşite cronice pot obţine cele mai bune rezultate.

Aceste rezultate se vor materializa, după caz, în :

— dispariţia unor tulburări supărătoare, ca : obstrucţia nazală (nasul înfundat), rinoreea şi hemajul (scurgerea de secreţii din nas şi prin gît), senzaţia de uscăciune în nas şi gît, scăderea mirosului, dificultatea în vorbire şi la înghiţit, tusea etc. ;

— revenirea la normal a aspectului mucoasei nazale şi faringolaringiene şi a imaginii radiologice ;

— dispariţia microbilor din secreţia nazală şi exsudatul faringian ;

— ameliorarea stării generale.

Rezultatele menţionate vor fi cu atît mai bune şi mai durabile, cu cît bolnavii vor urma mai conştiincios şi pe întreaga perioadă indicată tratamentul prescris.

Efectele favorabile ale apiterapiei vor mai beneficia şi de respectarea recomandărilor privind măsurile de igienă nasofaringolaringiană, modul de viaţă, alimentaţia şi tratamentul celorlalte boli concomitente. În unele cazuri, în completarea tratamentului cu produse apicole, bolnavii pot beneficia şi de alţi factori naturali, ca aero- şi climatoterapia (la munte sau la mare), sau curele cu ape minerale.

Istorişirea unei paciente

ÎN CABINETUL MEDICULUI

DR. **ELENA BARNEA**
cercetător ştiinţific

Vara aceasta eram pe litoral, în vacanţă, la Eforie. Într-o zi, după amiază, de pe la orele două, se stricase vremea. Întîi căzuse o ploaie zdravănă, după care de obicei vine repede soarele, dar de data aceasta persista vremea răcoroasă, cerul rămînînd înnorat, iar briza dinspre mare accentuîndu-se.

A doua zi dimineaţa, după ce m-am trezit, am ieşit să stau puţin pe şezlongul din balconul camerei mele, de la etajul IX, care avea vederea spre mare. Îmi plăcea să privesc imensul mării, mă odihnea albastrul ei profund, nuanţat pe zone. Valurile dinspre mal, destul de mari, aproape că nu le observam ; privirea mea aluneca dincolo de ele, în cuprinsul mai îndepărtat al apei nesfîrşite.

Aşa furată de priveliştea de care nu mă mai săturam, am rămas pe balcon pînă ce camerista a intrat să facă curat şi m-a anunţat că este ora prînzului.

Cînd am început să mă îmbrac pentru masă, pe care o luam la cantina-restaurant de vizavi, am constatat că mă săgetau dureri puternice în ceafă şi la baza craniului. Era o reactivare a spondilozei mele cervicale. Pe balcon fusese curent şi frig, dar dintre simţuri, singurul care mai recepţionase ceva fusese văzul. Auzul nu mai funcţionase. Ochii mei priviseră marea în linişte deplină. Nici frigul nu-l simţisem. Corpusculii aceia din piele care stau vigilenţi de pază la hotar, între corp şi ambianţa externă, şi ne tot sîcîie, ba că e frig, ba că e cald, parcă adormiseră. Toată fiinţa mea, cît timp privisem marea, era ca şi inexistentă, exceptînd văzul, care nici el nu se dovedise prea exigent, căci funcţiona numai parţial : din mare nu văzusem decît culoarea.

Păcat că acum, trezită din visare, simţeam ce mult exist, că trebuie să mănînc, să mă îmbrac mai gros, că am un cap care mă doare ş.a.m.d.

Îndispusă, am coborît în stradă şi, în loc să intru în restaurant, am trecut mai întîi pe la o farmacie să-mi cumpăr nişte antireumatice. N-am intrat bine în farmacie şi, întocmai ca şi ieri la amiază, s-a pornit o ploaie, dar nu în ropote cum fusese cea de ieri, ci cu stropi mici, domoală.

M-am aşezat la rînd, la ghişeul farmaciei — căci mai erau înaintea mea destule persoane — şi am încercat să mă concentrez pentru a decide ce medicamente să aleg, cînd aud :

— Douăzeci de tablete de Fasconal, vă rog.

A, Fasconal zic eu, ăsta mi-ar fi și mie bun. Mă uit să văd dacă farmacista îl are și constat că, sigur că da, îl are, îl dă clientului. M-am hotărît, cumpăr și eu.

— Napoton, 3 cutii, — cere următorul client.

Văd că îi dă imediat, trei cutii, fără nici o rețetă. Mă gîndesc că n-ar fi rău să iau și eu măcar o cutie, îmi va prinde bine poate la București, dacă n-am să dorm bine la întoarcerea din concediu. Sigur, aici dorm excelent ; liniște, odihnă, dar acasă, cine știe ! Mai bine să fiu pregătită. Și mă decid să iau.

— Extraveral aveți ? — întreabă o domnișoară grațioasă, care urma la rînd. — Știți, este un sedativ mai natural, extras din plante, nu face rău, eu îl prefer. Aveți ?

— Da, acum avem, — spune farmacista, — ne mai lipsește cîteodată, că e prea solicitat, și tocmai pentru că e extras din plante nu putem avea cu tonele, cum vor clienții. Cît doriți ?

— Vreo zece cutii, că iau și pentru tăntița și fiica ei, — spune domnișoara grațioasă.

— Nu, domnișoară, 4, cel mult, — accentuează pe cuvîntul 4 farmacista și îi dă de fapt 6. Darnică, observ eu. Dacă e așa, îmi zic, dacă Extraveralul e extras din plante și nu se găsește tot timpul, dacă spune domnișoara că face bine (împotriva a ce ?), ia să iau și eu. Cinci cutii o să-mi dea și mie.

— Vă rog, ceva să mă calmeze, dar ceva foarte tare, — spune un tînăr în englezește.

O fi englez ? — mă întreb, că azi mulți tineri pe litoral preferă să se dea drept străini, cînd știu din școală o limbă. Impresionează fetele și sînt uneori mai repede serviți. Într-adevăr, tînărul nu este străin. Îi explică rîzînd farmacistei că dacă domnișoara vrea ceva slab el, ca bărbat, vrea ceva tare. E foarte nervos ; a jucat tot timpul popice, de ieri după masă, de cînd a început vremea rea, și a pierdut. Are și gîtul înțepenit, că a stat aplecat mult la joc.

— Diazepam, — recomandă farmacista, — relaxează foarte bine și musculatura.

Iată ce-mi trebuie și mie, gîndesc — că și eu am ceafa înțepenită — și îmi propun să cumpăr și Diazepam ; și notez în carnețel, pe care-l scot din buzunar, pentru că îmi dau seama că risc să mă încurc pînă ce ajung la ghișeu. În fața mea mai sînt vreo 6 persoane.

— Vă rog, două cutii de Bromoval, — spune mai încet o femeie tînără, blondă, înaltă, frumos bronzată, ce ține strîns de mînă o fetiță de vreo 7 ani, ce încearcă să se desprindă de ea și, pentru că nu reușește, își bate de podea picioarele. Noroc că pe jos e mochetă și nu se face zgomot și, pentru că e mai întuneric din cauza norului și ploii mărunte, nu se vede nici praful care, probabil, se ridică în sus.

— Nu, — spune farmacista. — S-a terminat.

— Vai, era pentru fetiță, — precizează dezolată mama.

— Păi tocmai asta e, că aproape tot pe care îl primim îl dăm pentru copiii din tabără ; cum intră în farmacie vine educatoarea și îl ia.

Bromoval, scriu eu în carnețel, deși văd că nu se găsește, dar pentru a reține că se folosește și pentru copii. Nepoata mea Ilenuța, de la București, e foarte nervoasă ; puțin Bromoval nu i-ar strica, îndată ce o tabără întreagă are experiență pozitivă cu medicamentul în cauză, că altminteri nu l-ar cumpăra pe tot.

În sfîrșit, urmează la rînd un bătrînel, care nu înțeleg ce cere farmacistei, pentru că vorbește în șoaptă, dar văd ce i se dă. Pe cutie scrie Vitaforte. Mă uit întrebătoare și cineva, nu numai amabil, dar și cunoscător, exact de lîngă mine, îmi spune că e vorba de un complex de vitamine și săruri minerale care fortifică foarte bine organismul. Nu e necesar numai la vîrstă mai înaintată, ci în orice condiție mai specială. Uite, la plajă, din cauza „stresului maritimo-solar" trebuie neapărat luate aceste pilule. Și persoana cunoscătoare explică atît de convingător cîtă nevoie avem de săruri și vitamine în timpul curei heliomarine, că toate sărurile din apa mării și vitaminele din toate fructele care abundă pe tarabele vînzătorilor de pe plajă nu mi se mai par suficiente. Mă decid, cumpăr și eu ; și trec în nota de pe carnet.

— Mie dați-mi, vă rog, Agozol, — spune următorul, strigînd tare, enervat se pare de faptul că înaintea sa bătrînul vorbise pe șoptite și reținuse cam mult farmacista, probabil cu întrebări despre eficiența Vitafortului. De Agozol eu nu auzisem niciodată și pentru că aveam vecin un cunoscător m-am uitat din nou, întrebătoare. Pînă ce i s-a dat cumpărătorului Agozolul a durat mai mult ; fiind un medicament mai rar, farmacista s-a dus după el în depozit : nu a obiectat nimeni, pentru că afară tot ploua mărunt și nu aveai de ce să te grăbești. În schimb eu am aflat totul despre virtuțiile medicamentului. Era un adevărat miracol pentru puterea inimii, așa că, deși nu sînt cardiacă, m-am decis să-l cumpăr, că de o inimă tare are nevoie oricine. Și l-am trecut și pe el pe nota din carnețel.

Cînd recepționera de la hotelul meu a ajuns la rînd și a cerut simplu Algocalmin (probabil că o durea vreun dinte și de aceea a venit la farmacie), să nu credeți că nu mi-am notat repede din nou pe carnet. Algocalminul este bun în dureri de cele mai diferite cauze, deci, neapărat trebuie să-l cumpăr.

Recepționera venise de la hotel cu doi turiști străini. Am ciulit urechile să văd tot ce le trebuie. Ei au cerut ceva, farmacista n-avea și, după mai multe discuții în care ei precizau că pleacă acasă cu avionul, farmacista le-a adus Belergon, spunîndu-le că este foarte bun pentru răul de înălțimi, sinonim cu produsul elvețian, marca Sandoz, Bellergal.

Și eu vroiam să plec acasă cu avionul, așa că mi-am notat în carnețel și Belergonul.

Imediat după cei doi străini a urmat o femeie, care a impresionat-o pe farmacistă și pe noi toți din rînd, căci rîndul rămînea mereu mare. Eu mai aveam doar vreo două persoane în fața mea, dar în spatele meu mai veniseră vreo zece.

— Fe-fe-ni-amin, — spune ea, neputînd să pronunțe mai bine numele medicamentului solicitat, deoarece avea buza de sus foarte umflată.

— Feniramin, — a corectat-o farmacista și a întrebat-o ce a pățit. O mușcase un țînțar ; ea este sensibilă la mușcăturile de țînțar și uite ce a pățit. Astănoapte nici n-a putut să doarmă. Spunea că are dureri și mîncărime mare pe toată gura și nu poate nici să mănînce.

— De ce nu ați avut la dv. Feniramin sau Romergan ? — o mustră farmacista ; — dacă ați fi luat imediat medicamentul nu ați mai fi pățit nimic.

Uite, mi-am zis eu, unde te poate duce o mușcătură de țînțar, dacă nu ai la îndemînă ce zice farmacista, și mi-am notat repede în carnet, nu numai Feniramin, ci și Romergan.

În sfîrșit, cred că v-ați dat seama că și cele două persoane din fața mea au cerut medicamente care mă interesau și puteau să-mi folosească la nevoie ; nu mă jenez să vă spun, e vorba de Gastrosedol și Laxatin, așa că le-am trecut în carnețel.

Cînd mi-a ajuns rîndul, în fața ghișeului am citit ca dintr-un pomelnic : Fasconal, Napoton, Extraveral, Diazepam (păcat că Bromoval nu avea, și peste el am trecut) Vitaforte, Agozol, Algocalmin, Belergon, Feniramin, Romergan, Gastrosedol și Laxatin.

Farmacista nu se mișca să-mi aducă ceva. Mi-a fost teamă că nu mi le dă, pentru că repetam ceea ce vînduse celor din fața mea, mai înainte. Dar nici gînd. Ea m-a invitat să i le cer mai ușor, pe rînd, și mi le-a adus cu o indiferență care mă făcea să cred că nu reținuse ce vînduse celorlalți sau, în orice caz, că nu o interesa ce cumpăram eu. Am remarcat însă că avea grijă de conservarea medicamentelor întrucît, văzînd că sînt multe și că afară plouă și eu nu am în ce să le pun, mi le-a împachetat bine și mi-a oferit o pungă de nailon în care să le duc.

Totuși, nu am ieșit în stradă, pentru că ploaia măruntă continua să cadă și mi-ar fi agravat spondiloza. Îmi părea rău că nu reținusem neîmpachetate cîteva dintre medicamentele cumpărate. Vreo patru din ele erau bune pentru tratamentul spondilozei ; să le fi luat pe loc, aici, în farmacie. M-am așezat pe o bancă să desfac pachetul și să iau medicamente, dar privirea mi-a căzut pe un afiș, scris cu roșu : „Stop polipragmaziei". *Polipragmazie era ceea ce eu vroiam să fac : să înghit mai multe feluri de medicamente, care, așa cum se spunea mai departe în afiș, puteau avea acțiuni opuse, foarte dăunătoare organismului. Din mai multe medicamente luate concomitent era posibil să rezulte compuși nocivi sau netoleranți de organism.*

Mi-am luat privirea de la afiș și am vrut să mă îndrept spre farmacistă să o întreb ce pot lua fără risc de reacții adverse, dar am zărit un alt afiș. Pe el se făcea reclama „vieții raționale", folosirii *factorilor naturali ca factori terapeutici și se combătea uzul de medicamente în orice împrejurare.*

M-am uitat la ceas ; trecuse o oră de cînd eram în farmacie și, deși ploaia nu se oprise (așa sînt ploile mărunte, lungi, și aici la mare), am plecat înciudată, mai ales că în urechi îmi răsunau vocile celor ajunși la ghișeu și rîndul se mărea mereu.

În zilele următoare a fost vreme frumoasă. Am făcut plajă și, pînă la plecarea din Eforie, încă cîteva zile, durerile din ceafă îmi trecuseră fără nici un tratament. Numai în avion spre București, cînd a fost un gol în aer, mi-am adus aminte de Belergon și de punga cu medicamente pe care o uitasem în camera de la hotel. Și terminînd aici istorisirea, pacienta întrebă medicul :

— „Dumneavoastră ce medicamente îmi recomandați ?

Plantele medicinale

surse de sănătate

Practica folosirii plantelor medicinale în vindecarea sau ameliorarea bolilor este tot atît de veche ca și omul.

Cunoașterea proprietăților terapeutice ale plantelor se datorește unor practici și atente observații ale omului în îndelungata sa existență. Aceste cunoștințe, folosite la început în practica vrăjitoriei, îmbrăcate apoi într-o atmosferă mistică, de legende sau obiceiuri, au fost transmise din generație în generație.

Stabilirea substanțelor cu acțiune terapeutică din plantele medicinale a fost posibilă după dezvoltarea științelor fizico-chimice de la începutul secolului al XIX-lea, datorită numeroaselor cercetări făcute de farmaciști, medici și chimiști.

Aceste substanțe, produse ale celulei vegetale, denumite *principii active*, se utilizează astăzi curent în medicină.

Despre folosirea plantelor medicinale și a preparatelor de origine animală găsim numeroase date în „Papirusul lui Ebers" (scris în 1550 î.e.n.) și în alte documente ale antichității, scrise de mari personalități ca : Theophrast, Dioscoride, Hipocrate, Avicenna etc. Aceștia au descris numeroase plante sau droguri (materii prime) animale și minerale, folosite în scopuri medicinale.

Referindu-ne la documentele care atestă utilizarea plantelor medicinale și a preparatelor lor de extracție pe teritoriul țării noastre, de către daci și sciți, amintim scrierile lui Herodot (484—425 î.e.n.) și Dioscoride (medic grec în armata lui Nero), din care reiese că Dacia era cel mai important bazin de plante medicinale al Imperiului Roman.

O scurtă retrospectivă asupra evoluției *fitoterapiei* (tratamentul bolilor cu plante medicinale) arată că numărul plantelor considerate ca tămăduitoare se ridica la cca 600 în antichitate, înregistrează apoi o creștere pînă la aproximativ 1 500 în timpul Renașterii și se păstrează aproape constant pînă la mijlocul secolului trecut. Dintre acestea, practica selectează și păstrează pînă în zilele noastre un număr apreciabil de specii medicinale, unele dintre ele fiind înscrise în numeroase farmacopei.

Odată cu izolarea principiilor active din plante, numărul speciilor folosite în scopul medicinal scade simțitor. Multe dintre ele sînt înlocuite cu substanțe pure izolate, ca, de exemplu, comprimatele de *Digitalis purpureae folium* (digitală), care sînt înlocuite cu digitalină (soluție hidroalco-

olică glicerinată conținînd 1‰ digitoxină cristalizată, substanța activă izolată din frunzele respective).

Sînt însă destule cazuri în care infuziile, decocturile, maceratele, extractele sau tincturile sînt superioare ca activitate terapeutică principiilor active izolate.

Luîndu-se ca model structura chimică a compușilor naturali, s-au sintetizat numeroase substanțe de importanță terapeutică majoră, cum sînt :

— *anestezice locale* (novocaină și derivați), sintetizate după modelul cocainei (alcaloid avînd aceeași acțiune, component al frunzelor de *Erytroxylon coca)* ;

— *antispastice*, a căror sinteză reproduce structura a două substanțe naturale : atropina (alcaloid izolat din rădăcinile și frunzele de mătrăgună — *Atropa belladonna)* și papaverina (alcaloid prezent în capsulele de mac — *Papaver somniferum);*

— *analgezice*, care copiază structura morfinei (alcaloid din *Papaver somniferum).*

Descoperirea acțiunii citostatice (de oprire) a unui alt alcaloid, colchicina, din bulbii și semințele brîndușei de toamnă *(Colchicum autumnale)*, stă la baza chimioterapiei anticanceroase, iar cunoașterea acțiunii sedative a rezerpinei contribuie la dezvoltarea sintezei substanțelor psihotrope (care influențează stările psihice).

Toate aceste mari progrese înregistrate în domeniul sintezei de medicamente au făcut ca ponderea celor de origine vegetală să scadă. Totuși, peste 35% din totalul medicamentelor actuale cuprind, în formulele lor, principii active sau preparate obținute din plante (extracte, tinc-turi, ape aromate etc.).

În prezent, pe plan mondial se acordă o importanță mereu crescîndă cercetărilor privind plantele medicinale, în vederea descoperirii de noi principii active, pentru obținerea de noi medicamente naturale necesare terapeuticii actuale.

Deși acțiunea medicamentelor vegetale este blîndă — tratamentul efectuat cu acestea necesitînd un timp mai îndelungat —, ele prezintă avantajul unei mai bune metabolizări. Medicamentele de sinteză au la bază substanțe puternic active, care dau adeseori reacții secundare. Lipsa din organism a unui echipament enzimatic specific care să intervină în metabolizarea substanțelor de sinteză (descompunerea și eliminarea lor) determină, destul de frecvent, apariția acestor reacții dăunătoare sănătății.

În continuare, redăm cîteva dintre cele mai uzuale plante medicinale folosite în tratamentul bolilor cronice. Acestea reușesc să înlăture multe stări de disconfort fiziologic, fără aportul altor medicamente.

Plantele medicinale pot fi administrate sub formă de *infuzii, decocturi, macerate* etc.

În general, *infuzia* este o soluție extractivă apoasă ce conține principiile active hidrosolubile din produsele vegetale, constituite din organe de plante subțiri, ca : frunze, flori, ierburi. Se obține prin opărirea cu apă fierbinte a produselor mărunțite (în general o linguriță de pro-

dus vegetal la o cană cu apă) și menținerea lor în contact, timp de 30 de minute, la temperatura camerei. Apoi se aduce la volumul de lichid inițial, prin adăugare de apă fierbinte, se filtrează (strecoară) și se îndulcește cu miere, zahăr sau zaharină.

Decoctul este folosit la extracția principiilor active din organele de consistență tare : rădăcini, scoarțe, fructe, semințe. După opărirea materialului vegetal mărunțit, vasul respectiv se menține într-o baie de apă în fierbere sau se continuă fierberea la un foc domol, timp de 30 de minute. Urmează completarea la volumul de lichid inițial, filtrarea și celelalte operații.

În combaterea *colicilor abdominale*, provocate de colite spastice sau meteorism (balonare), se pot folosi, fără riscuri și cu rezultate bune : mușețelul *(Chamomillae flores)*, chimenul *(Carvi fructus)*, anasonul *(Anisi fructus)*, fenicul *(Foeniculi fructus)*, roinița sau lămîița *(Melissae folium)*, coada șoricelului *(Millefolii flores)*, busuiocul *(Basilici herba)*.

În *enterocolite* (diaree) sînt indicate : cerențelul sau cuișorița *(Gei rhizoma cum radicibus)*, menta *(Menthae folium)*, turița mare *(Agrimoniae herba)*, afine *(Myrtilli fructus)*, coada racului *(Anserinae herba)*, frunze de smeur *(Rubi idaei folium)*, rădăcină de tătăneasă și alte produse care conțin taninuri, asociate cu mușețel, cimbru etc.

Ca antiinflamator și cicatrizant în *ulcerele gastroduodenale* și *gastrite* se recomandă : sunătoarea *(Hyperici herba)*, gălbenelele *(Calendulae flores)*, pătlagina *(Plantaginis folium)*, rădăcinile de lemn dulce *(Liquiritiae radix)*, rădăcinile de tătăneasă *(Symphyti radix)*, singure sau asociate cu roiniță, mușețel și alte plante cicatrizante.

În diskineziile biliare se administrează frecvent : anghinara *(Cynara scolymus)*, mușețelul, menta, salvia, sunătoarea, iar ca *hepatoprotectoare* se pot utiliza : frunzele de ciulin *(Carduus nutans)*, fructele de armurariu *(Carduui mariani fructus)*, schinel *(Cnici benedicti herba)* și, cu prudență, rostopasca *(Chelidonii herba)* sau

scoarțele rădăcinilor și tulpinilor de dracilă *(Berberidis cortex)*.

Ca *vermifuge* se utilizează : rădăcinile de inula *(Inulae radix)*, cimbrul de grădină și de cîmp *(Thymi herba* și *Serpylli herba)* și pelinul *(Absinthi herba)*.

Pentru efectul *laxativ* și cel *purgativ* se recomandă: crușinul *(Frangulae cortex)*, știevia *(Rumicis radix)*, rădăcinile de lemn dulce, fructele de verigariu sau pațachină *(Baccae Nerprunii sin. Rhamni catharticae fructus)*, semințele de in *(Lini semen)*, frunzele de frasin *(Fraxini folium)* etc.

Cu acțiune *sedativă* (de liniștire) se folosesc : rădăcinile de valeriană *(Valerianae radix)*, florile și fructele de păducel *(Crataegi flores et fructus)*, talpa gîștii *(Leonuri herba)*, conurile de hamei *(Humulus lupulus)* etc.

Pentru *eliminarea toxinelor din organism*, se pot utiliza *plantele diuretice :* coada calului *(Equiseti herba)*, frunzele de mesteacăn *(Betulae folium)*, osul iepurelui *(Ononidis radix)*, mătasea de porumb *(Stigmata maydis)*, cozile de cireșe *(Stipites cerasorum)*, rizomii de pir *(Graminis rhizoma)*, fructele de ienupăr *(Juniperi fructus)*, iarbă de trei frați pătați *(Violae tricoloris herba)*, sau *sudorifice :* florile de soc *(Sambuci flores)*.

În *infecțiile urinare* se administrează : frunzele de strugurii ursului *(Uvae ursi folium)* sau de merișor *(Vitis idaeae folium)*, florile de coada șoricelului, mugurii de plop *(Gemmae populi)* etc.

În *tuse* sînt folosite produse vegetale cu *acțiune expectorantă :* rădăcinile de lemn dulce *(Liquiritiae radix)*, rizomii și rădăcinile de ciuboțica cucului *(Primulae rhizoma cum radicibus)* ; produse cu

acțiune emolientă : florile de tei *(Tiliae flores)*, florile de lumînărică *(Verbasci flores)*, nalbă *(Malvae flores et folium)*, frunzele și rădăcinile de nalbă de grădină *(Althaeae folium et radix)*, frunzele de pătlagină *(Plantaginis folium)*, frunzele de potbal *(Farfarae folium)*, sau produse cu *acțiune antiseptică respiratorie :* mugurii de pin *(Turiones pini)*, cimbrișorul *(Serpylli herba)*, cimbrul de grădină *(Thymi herba)*, sovîrv *(Origani herba)*, fructele de anason, fenicul etc.

Ca *antidiabetice* se utilizează frunzele de dud *(Mori folium)*, de afin *(Myrtylli folium)*, de anghinară *(Cynara scolymus)*, urzică *(Urticae folium)*, nuc *(Juglandis folium)* și păstăile de fasole *(Phaseoli fructus sine seminibus)*.

Lipsa poftei de mîncare se poate înlătura prin administrarea, cu o jumătate de oră înainte de masă, a ceaiurilor obținute din : ghințură *(Gentianae radix)*, fierea pămîntului *(Centauri herba)*, păpădie *(Taraxaci herba cum radicibus)*, unguraș *(Marrubii herba)*.

Pentru aportul în *vitamine* sînt indicate fructele de măceș *(Cynosbati fructus)*, cătina *(Hippophae rhamnoides fructus)*, frunze de urzică etc.

Nu se administrează niciodată sub formă de ceaiuri plantele toxice, deoarece conținutul infuziei în principii active trebuie dozat anterior. Depășirea dozei terapeutice duce la accidente foarte grave, adeseori mortale.

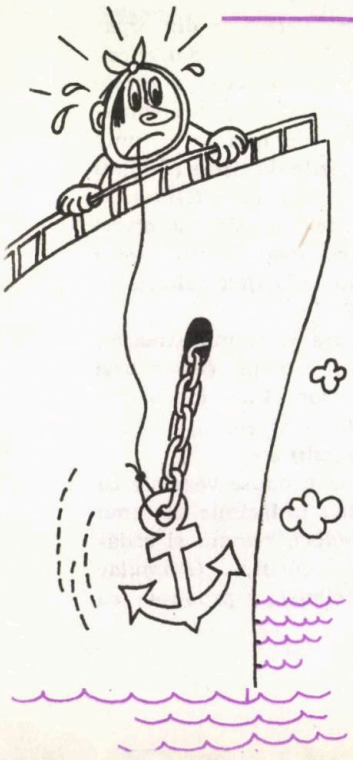
Se știe că țara noastră, datorită poziției sale geografice, cu un relief variat și cu un climat foarte favorabil, are una dintre cele mai caracteristice și mai bogate flore din Europa. Pe teritoriul României se întîlnesc trei flore distincte, și anume : flora Europei Centrale, flora mediteraneană și flora eurasiatică, fapt care determină ca în țara noastră să crească peste 3 600 de specii de plante superioare. Circa 12% dintre acestea sînt folosite în scopuri terapeutice.

În această ambianță vegetală s-a născut, firește, și o bogată medicină populară.

Considerăm ca o datorie umanitară, patriotică, a fiecărui cetățean, de a contribui la valorificarea acestui patrimoniu tradițional al medicinii noastre populare, prin culegerea și semnalarea datelor legate de utilizarea plantelor medicinale farmaciștilor și altor specialiști, contribuind astfel la folosirea acestui nesecat izvor de sănătate.

PROF. DR. **I. CIULEI**
I.M.F. – București

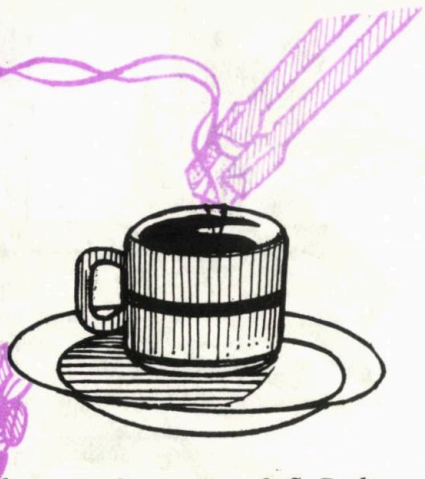
DESEN DE NIC. NICOLAESCU



Fără cuvinte...

Fără cuvinte...

CAFEA cu... ZAHĂR!



Cafeaua, așa cum o cunoaștem astăzi, a fost descoperită, întîmplător, de un păstor abisinian care, arzînd și mîncînd fructul, a căpătat insomnie. Apoi a fost dusă de către soldații etiopieni în Asia Mică, de-a lungul Mării Roșii, la cetățile sacre din Islam, Mecca și Medina. Denumirea de cafea Moka i se trage de la un mic port din sudul Peninsulei Arabe, de unde se transporta cu corăbiile în Europa. Europenii au cunoscut cafeaua prin intermediul turcilor care, părăsind Viena în timpul asediului, pe la sfîrșitul sec. al XVII-lea, au lăsat acolo o cantitate impresionantă de cafea.

Mai tîrziu, un tînăr portughez, Francisco Melo Palheta, a dus cafeaua în Brazilia, unde mîna de lucru era foarte ieftină. S-a constatat că atît solul, cît și clima erau dintre cele mai favorabile pentru plantațiile de cafea ; datorită acestor doi factori, în sec. al XIX-lea această țară deținea primul loc din lume în ceea ce privește producția de cafea.

Românii se pare că au cunoscut-o tot în sec. al XVII-lea, cînd a existat în București o cafenea ținută de un fost oștean turc, Kara Hamie, din garda palatului împărătesc din Constantinopol, cam pe locul în care astăzi se află palatul Băncii Naționale.

Numele de cafea este de origine turcă și provine din cuvîntul „kahve-hane", care înseamnă locul unde se prepară și se vinde cafeaua ; cuvîntul s-a transformat cu timpul în „cahvenea", devenind astăzi „cafenea".

Bucureștenilor le-a plăcut foarte mult cafeaua, deoarece în sec. al XVIII-lea s-au înmulțit cafenelele, iar vînzătorii de cafea s-au unit, formînd o breaslă. Așa se face că atunci în București apar o serie de cafenele celebre, unde era locul de întîlnire a pictorilor, actorilor, scriitorilor. Cea mai vestită era „Terasa Oteteleșanu", unde se dădeau și spectacole. În 1930 terenul terasei a fost cumpărat de Societatea de telefoane, care a construit o impunătoare clădire, pe care o cunoaștem astăzi sub numele de „Palatul telefoanelor".

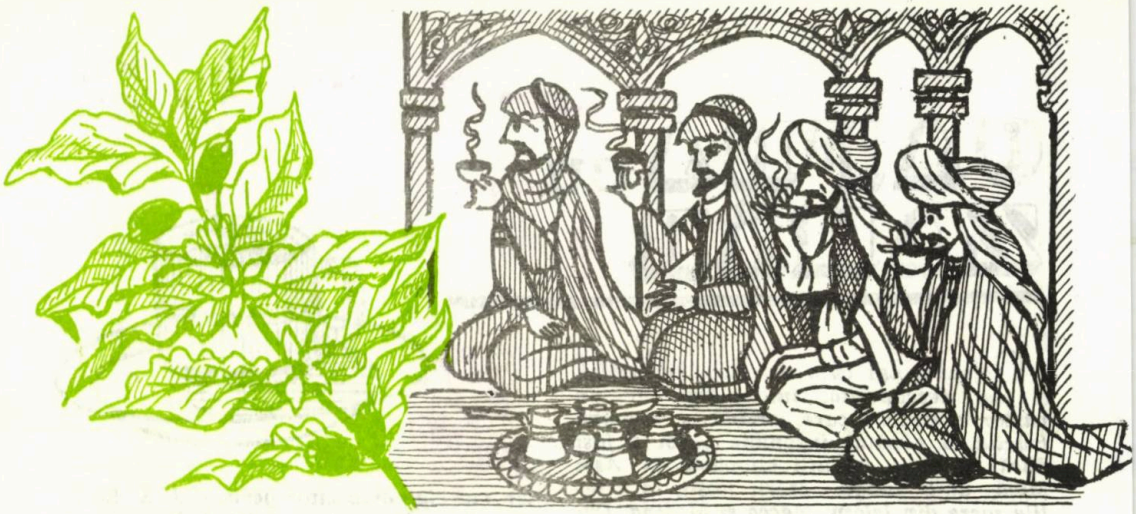
În trecut, Voltaire, marele scriitor și gînditor francez, apreciind gustul cafelei, pe care o considera ca o băutură deosebită, obișnuia să bea mai multe cești pe zi, iar marele compozitor german J. S. Bach, din simpatie pentru această băutură, a compus vestita „Cantată a cafelei".

În Italia, la Milano, există și un muzeu al cafelei.

Astăzi, în contextul societății contemporane, cu preocupările și activitatea sa caracteristică, s-a ajuns, printre altele, și la un consum sporit de cafea. Acest lucru explică de ce unii simt nevoia — și le face plăcere — să consume cîteva cești de cafea pe zi, ceea ce le menține starea de veghe timp mai îndelungat. Din nefericire, s-a constatat o creștere a consumului de cafea de la an la an, așa încît după 1970 consumul pe cap de locuitor din țările dezvoltate s-a ridicat aproape la 15 kg/an, ceea ce depășea cu mult normele limite pentru sănătatea consumatorilor.

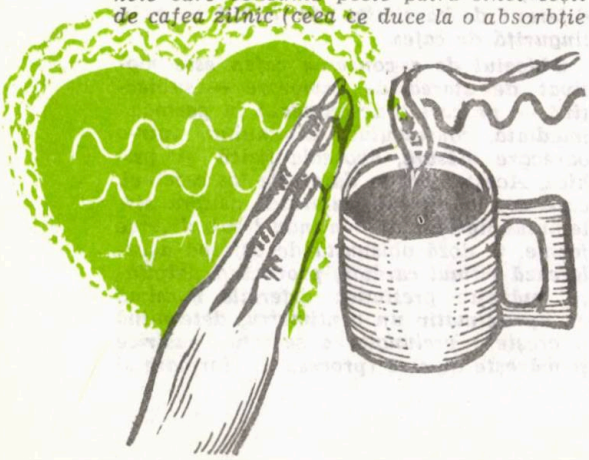
Analizînd din punct de vedere alimentar și dietetic, s-a constatat că boabele de cafea conțin, pe lîngă proteine, lipide, glucide, minerale, vitamine (în special B_1 și B_2) și binecunoscuta substanță cafeina, care este un alcaloid. Privită sub aspect caloric, 100 g de cafea boabe prăjită are aproximativ 300 de calorii. Trebuie reținut faptul că un consum exagerat de cafea, de pildă zeci de cești de cafea pe zi, pot ajunge să conțină aproximativ 10 g de cafeină, ceea ce constituie o doză aproape letală. Este bine de precizat că „o ceașcă de cafea" se consideră „o ceașcă" — indiferent de cantitatea de lichid — cu o linguriță de cafea.

Obiceiul de a consuma cafea este motivat de starea de înviorare — subiectivă — pe care o accentuează în perioada imediată consumului, diminuînd, într-o oarecare măsură, oboseala fizică și psihică. Acest lucru se datorește tot cafeinei, care are o acțiune puternică asupra sistemului nervos, influențîndu-l sub diverse forme. O doză obișnuită de cafeină accelerează ritmul cardiac, provocînd palpitații, mărește presiunea arterială maximă cu aproximativ un centimetru, determină o creștere prelungită a secreției gastrice și mărește diureza (procesul de formare și



de eliminare a urinii). După un consum crescut de cafea apar senzații de greață, lipsa poftei de mîncare sau dureri epigastrice, ca urmare a creșterii acidului clorhidric din stomac, care generează ulcerul gastric, precum și simptome ale hiperactivității nervoase (insomnie, nervozitate, tremurături, dureri de cap etc.). Deci, oricum privit, consumul de cafea este nociv. Cercetătorii brazilieni au constatat că șase cești de cafea consumate zilnic dublează riscul producerii infarctului miocardic, iar dacă se mai adaugă la aceasta și o țigară, riscul este evident mai mare.

Numeroase statistici făcute în ultima vreme au dus la concluzia că în țările dezvoltate s-a constatat nu numai o creștere a consumului de cafea pe cap de locuitor, dar și o creștere a numărului consumatorilor. Deosebit de aceasta, s-a mai observat că cei care consumau în mod frecvent cafea erau tributari acesteia, devenind un gen de „toxicomani" ; dacă întrerupeau consumul ei deveneau agitați, nervoși etc. Unii dintre ei și-au agravat starea de sănătate ajungînd, după o perioadă de timp, să aibă neplăceri cardiovasculare și gastrice. Experiențele au arătat că excesul de cafea provoacă și o creștere a temperaturii corpului. Persoanele care consumă peste patru-cinci cești de cafea zilnic fceă ce duce la o absorbție minimă de 0,5 g cafeină), fac să urce temperatura corpului cu cel puțin două zecimi de grad.



Întrucît cafeaua naturală nu influențează favorabil, așa cum se credea, capacitatea de muncă fizică și intelectuală, în alimentație înlocuirea gustului ei se poate face cu succes prin surogate, care pot da aromă și culoare în preparate (cafea cu lapte sau diferite creme etc.).

De asemenea ținem să subliniem greșita idee că o ceașcă de cafea mai mare și foarte concentrată poate anihila efectele alcoolului. Din contră, cafeina favorizează pătrunderea alcoolului din circulația sanguină în celulele nervoase, în timp ce ficatul are posibilitatea să metabolizeze, în medie, numai un gram de alcool pe oră. Astfel cafeaua după ingestia de alcool este contraindicată, deoarece ajută la instalarea stării de beție, accentuînd-o în intensitate și timp. Iată de ce dramele de pe șosele pot fi destul de convingătoare în acest sens !

Cafeaua poate fi consumată cu sau fără zahăr.

În general, însă, se bea cu zahăr, mai mult sau mai puțin, după gust. Denumirea de zahăr derivă din numele sanscrit „sukura", de unde în limba arabă a devenit „sukhar", iar mai tîrziu s-a numit zahăr (l. română), zucker (l. germană), sucre (l. franceză), zucchero (l. italiană) etc.

Astăzi zahărul este fabricat atît din trestie, cît și din sfeclă. Cu toate că este extras din două plante complet deosebite, are aceleași calități din punct de vedere chimic. Ba mai mult, zahărul obținut nu se deosebește ca aspect, gust sau efect asupra organismului. Singurul lucru care-l face să se deosebească este originea și istoria lui.

Existența zahărului din trestie era cunoscută din cele mai vechi timpuri. Cu

mii de ani în urmă, trestia de zahăr creştea ca o „plantă hrănitoare", în India, China, Asia şi insulele din Oceanul Pacific. Ea creştea sălbatic. Constatîndu-se că prin simplă mestecare a trestiei se simţea un gust dulceag, oamenii au început s-o cultive organizat. Se pare că şi chinezii rafinau zahărul, pentru că scrierile lor vechi pomenesc de „zahărul de cristale". După descrierile lui Herodot, grecii şi perşii cunoşteau încă din anul 500 î.e.n. trestia de zahăr, cu care făceau comerţ. În acele timpuri nu putea fi vorba de zahăr solid, ci numai de un fel de sirop obţinut (evident, prin mijloace rudimentare) din trestie. Una dintre primele mărturii este cea din anul 327 î.e.n., de la doi generali ai lui Alexandru cel Mare (Nearchos şi Onesikritos), cu ocazia campaniei din India. Ei afirmau că există „o miere dintr-o trestie, fără ajutorul albinelor".

Mai tîrziu au fost găsite descrierile lui Theophrast şi Plinius, care pomeneau despre „băuturi ameţitoare scoase din trestia dulce". Cultivarea trestiei de zahăr din India s-a răspîndit apoi în sudul Persiei şi al Arabiei, apoi în Egipt, Sicilia şi Spania. Zahărul era cunoscut ca o „mană a pustiului", în timp ce superstiţioşii îl socoteau un produs de vrăjitorie, originea lui fiind, în acea vreme, enigmatică !

Forma binecunoscută de „căpăţînă de zahăr" se datoreşte perşilor. Procedeul obţinerii zahărului era dintre cele mai simple, adică prin fierbere şi îndepărtarea spumei. Forma conică era născută dintr-o necesitate de a fi uşor învelite în frunze de palmier (sub formă de cornete).

Medicii arabi au folosit zahărul pentru vindecarea unor boli.

În 1493, Columb aduce trestia de zahăr din Insulele Canare în Cuba, ţară care a produs, pentru prima dată, zahăr din trestie. Mult timp Cuba s-a menţinut ca cea mai mare producătoare de zahăr pe plan mondial. Datorită industriei zahărului, Cuba devenise puternică şi bogată. Şi astăzi se văd în Havana, capitala ei, construcţii deosebit de frumoase şi luxoase, rămase din vremurile acelea.

Răspîndirea zahărului în Europa s-a realizat cu ajutorul cruciadelor. Cu toate acestea, era un aliment rar şi costisitor. La început consumul zahărului, ca şi cel al cafelei, ceaiului şi cacao, era un privilegiu al celor bogaţi.

În secolul al XV-lea trestia de zahăr ajunse în Spania şi Italia unde, cu toate eforturile făcute, cultivarea ei n-a dat rezultate. Aceasta prefera numai regiunile tropicale. Pe atunci flotele Veneţiei străbăteau mările, asigurînd comerţul în răsărit şi apus, în timp ce corăbiile spaniole au răspîndit trestia de zahăr în coloniile lor din regiunile tropicale. Din păcate toate plantaţiile de trestie de zahăr din colonii erau muncite de sclavi, care formau „fabrica de venituri fabuloase". De aceea zahărul extras din trestie s-a numit „zahărul însîngerat". Datriotă vieţii inumane, chinurilor la care erau supuşi, faptului că erau loviţi necontenit, despărţiţi de familiile lor, sclavii din San Domingo s-au răsculat, în 1791. Această răscoală a fost binecunoscută prin actele sale de cruzime neînchipuită. Cu această ocazie plantaţiile au fost arse, ceea ce a provocat urcarea preţului la zahăr.

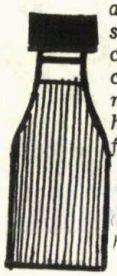
Aşa a apărut întrebarea dacă zahărul nu ar putea fi extras şi din altă plantă. Răspunsul l-a dat, în 1747, germanul Marggrof, care a descoperit conţinutul zaharos al sfeclei.

Sfecla era cunoscută tot de pe timpul grecilor.

Se găseşte pomenită adesea în poemele lui Aristofan (445—386 î.e.n.) şi se numea „beta". Denumirea a căpătat-o după forma ei ; cînd era coaptă, semăna cu litera greceaască, căreia i-a dat şi numele.

La început sfecla se folosea foarte rar pentru pregătirea mîncării, în schimb se cultiva pentru nutreţul animalelor. Sucul de sfeclă era întrebuinţat ca vopsea. Factorul hotărîtor pentru răspîndirea ei ca aliment a fost descoperirea lui Marggrof, care a dovedit cu certitudine conţinutul ei în zahăr. Franz Carl Achard, elevul său, este întemeietorul industriei de zahăr din sfeclă. Prima fabrică s-a construit în Silezia. Atît profesorul, cît şi elevul său aveau greşita idee că zahărul face parte din-

tre săruri, datorită înfățișării lui cristaline ; nu cu mult timp mai tîrziu, în 1789, savantul Lavoisier a făcut prima analiză fundamentală a zahărului, stabilind alcătuirea lui chimică : carbon, hidrogen și oxigen. Zahărul capătă denumirea de : hidrat de carbon (Hc), *care a rămas pînă astăzi. Zaharurile se mai numesc și glucide.*

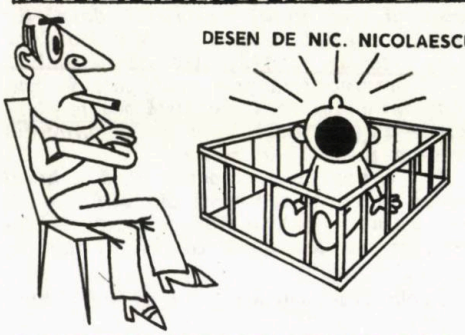


De reținut este faptul că un om sănătos are nevoie de o cantitate de zahăr bine stabilită, în funcție de vîrstă, muncă, sex, condiții geografice etc. Atît excesul cît și carența în consumul de zahăr pot fi dăunătoare sănătății. Se preferă folosirea zahărului din alimentele naturale, cum ar fi, de pildă :

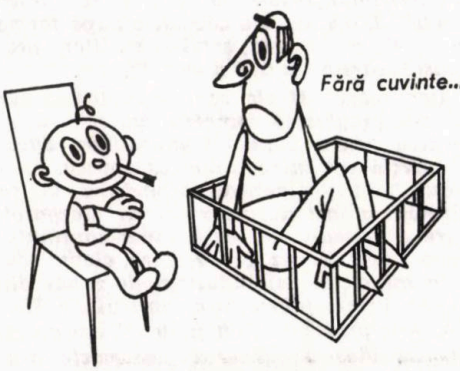
— *fructe, care conțin* zaharoză ;
— *semințe încolțite, ce conțin* maltoză *(care poate fi obținută și ca produs din hidroliza amidonului) ;*
— *lapte, ce conține lactoză* etc.

În concluzie, prin consumarea fructelor și legumelor, organismul utilizează un zahăr natural, care este acceptat și prelucrat cu mai multă ușurință de către organism.

ILEANA ȘERBĂNESCU-BERAR
Specialistă în nutriție și dietetică

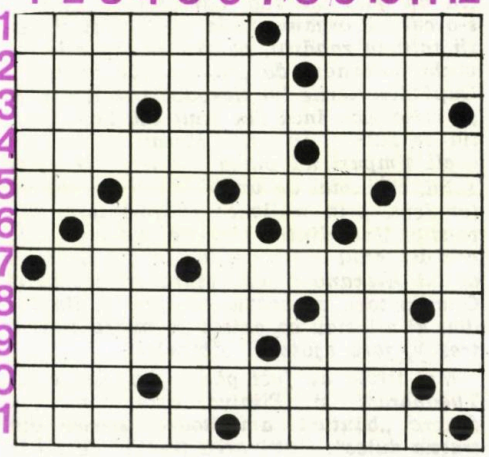


DESEN DE NIC. NICOLAESCU



Fără cuvinte...

OFTALMOLOGIE



ORIZONTAL : **1.** Fratele lui Ochilă din povestirea „Harap Alb", de Ion Creangă — Ochii de cora' ai lui Neptun. **2.** Membrană vasculară și pigmentată a globului ocular, așezată între sclerotică și retină — Membrană colorată a ochiului situată între cornee și cristalin. **3.** Oraș în Japonia — Se uită la copii ca la ochii din cap. **4.** Umezesc ochii — Oraș în India. **5.** Trecerea lor slăbește, în general, vederea (sing.) — Rimă pentru un poet ! — Ne închide seara ochii — Ușile ! **6.** Eroul povestirii „Cu ochii deschiși" de Nicolae Velea (Stoian) — Lipsit de vedere. **7.** Astfel — A înregistra **8.** Colțuri de stîncă — Introducere la obiect ! **9.** Stăruitori — Tovarăș de luptă. **10.** A încheia o alianță — Înconjurat. **11.** Cîinesc — Cu ochii măriți, pentru moment.

VERTICAL : **1.** Cu referire la ochi — Material folosit pentru decorații arhitectonice. **2.** Compozitor român, autorul melodiei „Ochi iubiți" (Elly) — Capitală europeană. **3.** Navă cu pînze — Poet rus sovietic (1895—1925), autorul poeziei „Poartă-n ochi seninul, poartă noaptea-n păr" (Serghei). **4.** Biblioteca centrală ! — A ridica ochii... de la ciorapi. **5.** Se spune despre ochii care se deschid greu — Localitate în Peru. **6.** Prietenul lui Emil Stoian din povestirea „Cu ochii deschiși", de Nicolae Velea (Vadu) — Sentimental (fig.). **7.** „Doi ochi ca-n basme", din opereta „Prințesa circului", de Kálmán, de pildă — Niște începători ! — Văzul îi este unul din cele cinci simțuri. **8.** Stă între ochi — Prenume bărbătesc turcesc. **9.** Se iau la ochi — Medicament lichid întrebuințat în anumite afecțiuni ușoare ale ochilor. **10.** Ceată de haiduci (od.) — Cavitatea osoasă a craniului în care se află globul ocular. **11.** „Ochi frumoși" de Schumann, de pildă (pl.). **12.** Sînt (pop.) — Pată opacă, formată pe cornee.

DICȚIONAR : Tada, Ucon, Orta

ADAM STOICA

A.B.C. anatomic

CREIERUL
La toţi oamenii, normal,
Are rol primordial.
Şi dovezi nici nu încap,
Altfel nu ar sta în cap.

INIMA
Stînd cuminte în torace,
N-are arc, fus, roţi dinţate
Şi nici mititele ace.
Dar la fel ca ceasul bate.

OCHIUL
Fără el noi nu am şti
Cînd e noapte, cînd e zi.
Ba nici lacrimi, la necaz.
Nu ne-ar curge pe obraz.

URECHEA
Constatare firoscoasă.
Dar, fireşte, nu ocultă :
Cît timp este sănătoasă,
Chiar şi de copil ascultă.

LIMBA
Cu ea eşti în stare,
Să constaţi la masă,
Dacă o mîncare
E sau nu gustoasă ?

PLĂMÎNUL
Un organ de mare bază
Pentru viaţă afectat,
Ce se umflă cît lucrează,
Fără a fi îngîmfat.

STOMACUL
Definiţia e clară.
Am convingerea deplină :
O cămară-alimentară,
De la prînz pînă la cină.

ŞIRA SPINĂRII
Omul periuţă, care
O supune la-nclinare,
Zice că îşi are rostul
Să-i susţină-n schemă postul.

DEGETUL
Dacă dus la buze, cere
Celorlalţi din jur tăcere,
Pentru surdomuţi el e
Folosit ca litere.

V. D. POPA

SFATURI ANTI-MEDICALE

(IN-UTILE)

Plînge ăla mic în leagăn ;
S-a învineţit, se-neacă,
Şi cum ceaiul e fierbinte
Adormiţi-l c-o cinzeacă.

Dac-aveţi copii de şcoală,
Aranjaţi-le programul,
Cu balonul toată ziua,
Iar seara, cu mic-ecranul.

Un adolescent sadea
Lumii întregi o dovedeşte,
Că doar fumul şi alcoolul
Organismul îi călеşte.

Dacă suferi de gastrită,
Este bine să se ştie
Că regimul şi odihna
Nu fac nici cît o beţie.

Celor ce vor silueta
Să şi-o poarte graţios,
Le recomandăm doar mersul
Cu tramvaiul, nu pe jos.

Dacă ai bilet la mare
Să-ţi petreci concediul vara,
În restaurant stai ziua
Şi prin baruri toată seara.

Pentru cei ce merg la munte
După linişte şi-ozon,
Se recomandă fumatul
Şi mici jocuri de salon.

Iar cei ce rămîn acasă
Duc o viaţă cît mai vie.
Noaptea fac numai scandaluri,
Ziua, somnoterapie.

SOFIA ALEXANDRU

O problemă care preocupă întreaga omenire:

ALCOOLISMUL

Folosirea alcoolului sub forma diferitelor tipuri de băuturi este strîns legată de însăşi istoria umanităţii. Încă din antichitate, în scrieri cu conţinut mitologic sau religios, sînt menţionate efectele alcoolului, de inducere a unei stări de bună dispoziţie sau de alterare a comportamentului uman. Dacă băuturile obţinute prin fermentaţie naturală (vin, bere) au fost cunoscute primele, prin însuşirea şi răspîndirea tehnologiei distilării, preluată în Europa Evului Mediu de la arabi, s-a ajuns la producerea şi consumarea unor cantităţi mereu crescînde de băuturi alcoolice concentrate. Obţinerea alcoolului în concentraţii ridicate şi a efectelor sale îi determină pe alchimişti să-l denumească „spirit de vin", „apă a vieţii" etc.

Consumul de alcool, atît ca tip de băutură preferată, cît şi cantitativ, diferă de la o ţară la alta. Particularităţile regionale şi individuale, în cadrul aceleiaşi ţări, în care un grup restrîns din populaţie bea peste jumătate din toată cantitatea de alcool consumată în ţară, au consecinţe socio-economice şi medicale diferite.

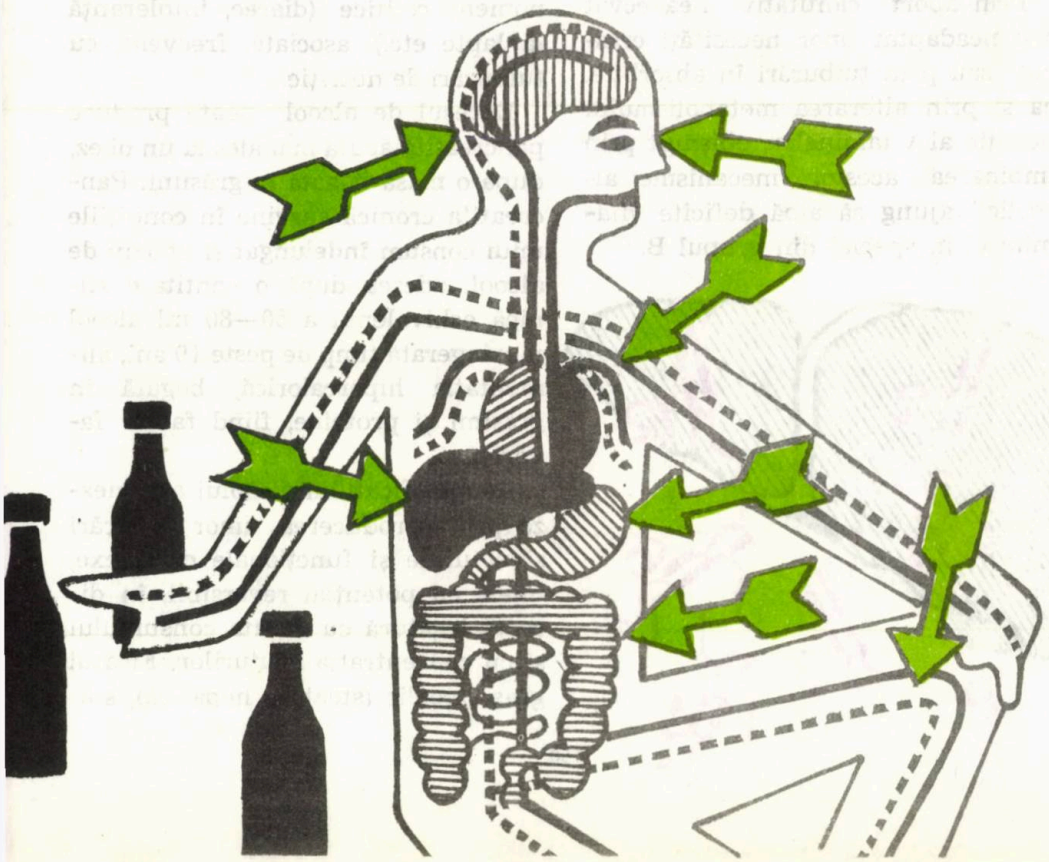
În ultimele două decenii se constată o creştere continuă a producerii, diversificării şi consumului de băuturi alcoolice : cu 276% în Olanda, cu 182% în R.F.G., cu 133% în Danemarca şi cu 45% în Belgia ; Franţa este ţara cu cel mai ridicat consum de alcool — 16,4 l anual pe locuitor. Dacă în această perioadă, conform datelor O.M.S., numai în două ţări dintr-un număr de 25 din emisfera nordică s-a înregistrat o scădere a consumului de alcool pe locuitor, producţia de bere a crescut de 2 ori în ţările latino-americane, de 4 ori în cele africane şi de 5 ori în cele asiatice. Limita dintre consumul normal, fără consecinţe ulterioare asupra sănătăţii omului, şi cel abuziv, cu implicaţii de ordin medico-socio-economic, este dificil de stabilit. Astfel, dacă consumul unui litru de vin pe zi este considerat normal în ţările mediteraniene şi ale Americii Latine, în ţara noastră ingestia zilnică a peste jumătate de litru de vin — echivalent a 50 ml alcool pur — este considerată patologică. Chiar dacă în unele ţări — Franţa, S.U.A. — există obiceiul de a se bea pe tot parcursul zilei, fără a se ajunge în stare de ebrietate, se asistă la creşterea consumului de băuturi spirtoase, a cazurilor de alcoolism în rîndul femeilor şi la coborîrea limitei de vîrstă, în Elveţia, R.F.G., Australia, unde cel puţin 10% din alcoolici sînt tineri.

În condiţiile în care O.M.S. estimează că un sfert din populaţia glo-

bului este dependentă de alcool sau de droguri, consecinţele abuzului de alcool apar deosebit de îngrijorătoare şi se fac resimţite prin creşterea numărului de bolnavi cu afecţiuni specifice, prin reducerea capacităţii de muncă, creşterea absenteismului şi a accidentelor de circulaţie, cu consecinţe negative asupra bugetului familial şi a vieţii de familie.

Alcoolismul este considerat, în general, drept o boală a cărei tendinţă spre progresivitate, în condiţiile unui consum excesiv de băuturi alcoolice, se însoţeşte de alterări ale unor organe şi de deteriorare psihică, avînd un potenţial fatal. În forma acută, efectele alcoolismului, prezente de la simpla impregnaţie alcoolică pînă la beţie, dispar prin oprirea şi eliminarea alcoolului. Alcoolismul cronic, caracterizat prin creşterea toleranţei şi apariţia dependenţei fizice faţă de alcool, urmare a unor profunde alterări metabolice, se manifestă după o perioadă îndelungată de consum abuziv, iar potenţialul lent de reversibilitate este minim sau absent.

Prin efectul direct sau prin alterări metabolice, abuzul de alcool afectează practic toate organele corpului uman, gradul de expresivitate al suferinţei provocate fiind dependent de factori cantitativi (doză, timp). Gravitatea leziunilor determinate este proporţională cu creşterea duratei consumului şi cu concentraţia băuturilor folosite. Prin metabolizarea sa în proporţie de peste 90% în ficat, alcoolul are capacitatea de a interfera cu celelalte metabolisme. Astfel, are loc o creştere a sintezei şi o reducere a oxidării lipidelor în ficat, concomitent cu mobilizarea grăsimilor din ţesutul gras. Creşterea sintezei unor lipoproteine în mucoasa intestinală şi hipercolesterolemia la alcoolici sînt implicate în procesele de arterioscleroză. Frecvent, prin perturbarea metabolismului glucidic, alcoolicii cronici, mai rar femeile, fac hipoglicemii, coma insta-



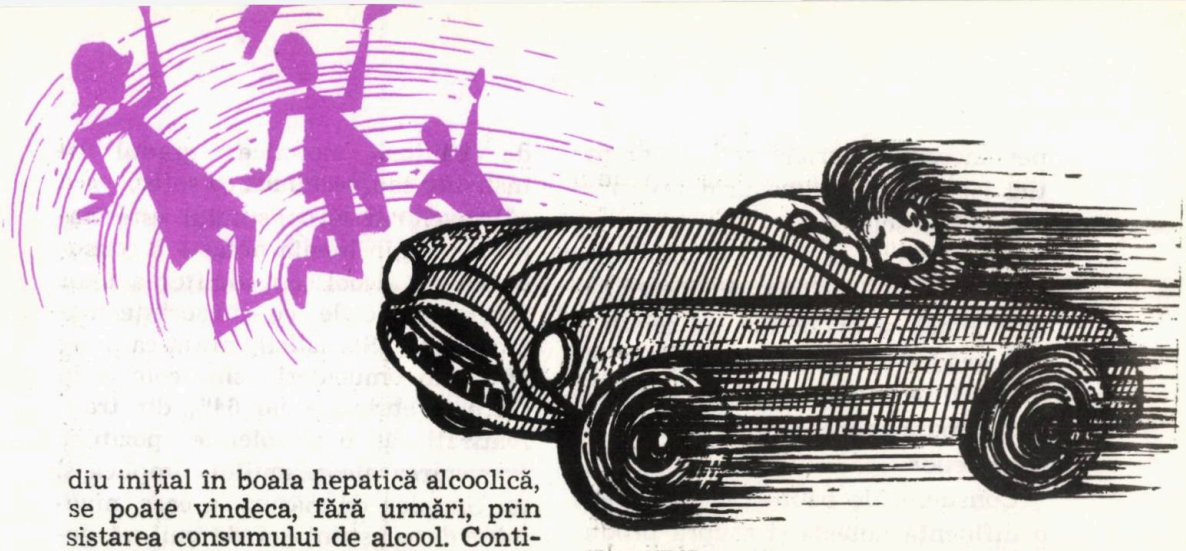
lîndu-se în mod obişnuit, după un post de 12—24 de ore consecutiv unui abuz de alcool. Şi metabolismul proteinelor este afectat, ajungîndu-se, în funcţie de cantitatea şi durata consumului, la scăderea absorbţiei intestinale a aminoacizilor şi reducerea sintezei şi alterarea structurii unor proteine. Cît priveşte interacţiunile alcoolului cu medicamentele, se asistă fie la o creştere a toleranţei faţă de medicamente la marii băutori, prin accelerarea metabolizării lor, fie la instalarea unei intoleranţe medicamentoase, aceasta fiind observată la consumatorii ocazionali, care iau concomitent şi medicamente. Astfel se explică cumularea acţiunii unor medicamente sedative sau hipnotice — cu grave consecinţe la conducătorii auto — sau reducerea efectelor favorabile ale unor medicamente la alcoolicii cronici.

Prin aport cantitativ neadecvat sau neadaptat unor necesităţi crescute sau prin tulburări în absorbţie, ca şi prin alterarea metabolismului hepatic al vitaminelor, obişnuit prin îmbinarea acestor mecanisme, alcoolicii ajung să aibă deficite vitaminice, în special din grupul B.

Afectarea aparatului digestiv şi mai ales a ficatului constituie adesea sursa celor mai frecvente suferinţe la alcoolici. Gastrita cronică alcoolică, urmare a alterării integrităţii mucoasei, secreţiei şi motilităţii gastrice, se constituie în timp şi se recunoaşte prin scăderea apetitului, prin apariţia de greţuri, dureri abdominale, eventual vărsături. Dacă gastrita alcoolică acută poate apărea şi la un băutor ocazional, după un exces de alcool, ulcerul gastroduodenal se întîlneşte frecvent la băutorul inveterat, adesea asociat cu o stare de subnutriţie. Asocierea unor medicamente antiinflamatoare (aspirină, indometacin) consumului de alcool poate constitui sursa unor hemoragii digestive sau poate genera un ulcer gastroduodenal. Abuzul de alcool duce la o adevărată enteropatie alcoolică, tulburările intestinale traducîndu-se prin fenomene colitice (diaree, intoleranţă la lapte etc.), asociate, frecvent, cu tulburări de nutriţie.

Excesul de alcool poate produce pancreatită acută mai ales la un obez, după o masă bogată în grăsimi. Pancreatita cronică survine în condiţiile unui consum îndelungat şi abuziv de alcool, adesea după o cantitate zilnică echivalentă a 50—80 ml alcool pur ingerată timp de peste 10 ani, alimentaţia hipercalorică, bogată în grăsimi şi proteine, fiind factor favorizant.

Asupra ficatului alcoolul acţionează prin producerea unor alterări structurale şi funcţionale complexe, unele cu potenţial reversibil, în directă legătură cu durata consumului şi cu concentraţia băuturilor. Ficatul gras alcoolic (steatoza hepatică), sta-



diu inițial în boala hepatică alcoolică, se poate vindeca, fără urmări, prin sistarea consumului de alcool. Continuarea intoxicației alcoolice favorizează evoluția spre hepatită cronică sau ciroză hepatică. Riscul de a face ciroză apare la un consum zilnic de alcool echivalent a 80—160 ml alcool pur (după unele studii chiar de 40 ml pentru bărbați și 20 ml pentru femei), timp îndelungat. După un consum zilnic, timp de 12 ani, 25% dintre băutori devin cirotici.

Cele mai rapide și intense modificări suferite de organism la contactul cu alcoolul se constată la nivelul sistemului nervos, a cărui afectare se traduce printr-o varietate de tulburări psihice și neurologice, asociate sau nu cu concentrații crescute sau reduse de alcool în sînge, ori cu tulburări metabolice de cauză nutrițională. Tulburările psihice pot evolua de la simpla beție alcoolică acută pînă la psihoze acute, cu forme delirante, encefalopatii, demență alcoolică și chiar accidente vasculare cerebrale sau comă de multiple cauze. Delirul alcoolic acut *(delirium tremens)*, care se manifestă prin stare de agitație, tremurături, halucinații, vise terifiante, are un potențial letal și se instalează în condițiile sistării bruște a consumului de băuturi alcoolice, cu ocazia unor infecții acute, intervenții chirurgicale, accidente etc. Polinevrita alcoolică, obișnuit depistată la membrele inferioare, se poate însoți de tulburări oculare în cazul atingerii nervilor optici. Factorul determinant în producerea leziunilor organice care duc la instalarea acestor tulburări neuropsihice îl constituie deficitul de vitamină B_1, produs de consumul cronic și abuziv de alcool. O caracteristică a alcoolicului o constituie dezvoltarea toleranței față de alcool, cu creșterea capacității de ingerare a acestuia, ca și a dependenței fizice față de alcool, manifestată prin necesitatea imperioasă de a consuma băuturi alcoolice.

Alcoolul acționează și asupra aparatului cardiovascular.

Obișnuit, aritmiile (extrasistole, fibrilație atrială) și insuficiența cardiacă sînt semnele afectării miocardului, din cauza abuzului de alcool. Miocardopatia alcoolică se instalează în jurul vîrstei de 30—40 de ani, o creștere a frecvenței sale constatîndu-se la cei cu consum zilnic de peste 125 ml alcool pur. Unele aspecte particulare apar la consumatorii excesivi de bere, ca urmare a unui deficit de vitamină B_1 sau a acțiunii toxice a unor componente ale acestei băuturi.

În ultimii ani, studii competente implică alcoolul și în producerea hi-

pertensiunii arteriale şi a cardiopatiei ischemice, ultima prin favorizarea arteriosclerozei.

Cum afectarea organismului este generală în alcoolism, inclusiv hematologică şi endocrină, se asistă şi la o scădere a rezistenţei faţă de infecţii. Infecţiile grave, mai ales cele bronhopulmonare, sînt caracteristice alcoolicilor.

Consumul de băuturi alcoolice are o influenţă nefastă şi asupra produsului de concepţie la gravidă, manifestîndu-se prin apariţia sindromului de alcoolism fetal. Nou-născuţii prezintă malformaţii, tulburări de creştere şi deficit variabil al performanţelor intelectuale ulterioare, mortalitatea perinatală fiind mult crescută.

Abuzul de alcool este legat şi de apariţia unor cancere, localizate la nivelul planşeului bucal, joncţiunii faringo-laringiene, esofagului, ficatului sau rectului. Riscul apariţiei unui carcinom cu localizare orofaringiană la un alcoolic este amplificat de 15 ori de către fumat, factor care participă la coborîrea limitei de vîrstă a celor afectaţi, alcoolicul avînd un risc de 10—20 de ori mai mare faţă de restul populaţiei, în ceea ce priveşte cancerul esofagian.

Deosebit de importantă este relaţia consumului de alcool cu accidentele rutiere. Influenţa nefastă a consumului de alcool asupra capacităţii de conducere a unui autovehicul creşte proporţional cu cantitatea de alcool ingerată, curba frecvenţei accidentelor rutiere începînd să crească de la o alcoolemie de 0,25 g la mie, la cea de 1,50 g la mie. Cele mai multe accidente sînt produse la alcoolemii de 1,60 g pînă la 1,80 g la mie. Nu apare nici o relaţie între consumul de băuturi alcoolice, gradul de instruire sau vechimea ca şofer.

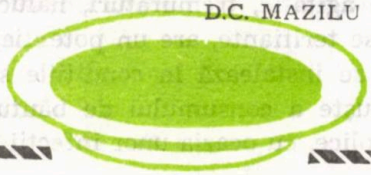
Prevenirea alcoolismului este impusă şi de influenţa nefastă a consumului de alcool în comiterea unor acte antisociale, cu consecinţe medico-legale. Statisticile arată că peste 50% din omucideri sînt comise în stare de ebrietate, iar 64% din traumatizaţi au o alcoolemie pozitivă. Prevenirea alcoolismului implică şi un complex de măsuri în care, nivelului de conştiinţă şi de cultură generală şi sanitară îi revine un rol major, în condiţiile asigurării unei continuităţi şi forţe de convingere propagandei antialcoolice.

DR. VICTOR STOICA
Clinica medicală, Spitalul „Dr. I. Cantacuzino"

MINI-DICŢIONARUL GURMANDULUI

Aperitiv = Încălzirea fălcilor !
Arta culinară = A 8-a artă (şi cu-a brînzei... 9)
Caş = Dulcea copilărie a... brînzei !
Cozonac moldovenesc = Ceahlău... comestibil !
Cremă de legume = ...Vax alimentar !
Felul III = „Să vă fie de bine masa !"
Foame de lup = Apetit cu... urlete !
Ghiveci călugăresc = Tain mănăstiresc !
Grăsană = Cele trei graţii... într-una singură !
Macaroane cu pîine = Hrană-pleonasm !
Superponderal = Şuncă... cu suflet !
Sorici = Marginile porcului !
Uleiul de soia = Gresajul... intestinelor !

D.C. MAZILU



DE LA MEDICINA SPORTULUI DE ÎNALTĂ PERFORMANȚA LA MEDICINA PENTRU TOȚI

STUDII MEDICO-SPORTIVE APLICABILE LA NIVEL POPULAȚIONAL

CONF. DR. **I. DRĂGAN,**
directorul Centrului de medicină sportivă

Așa cum se știe, astăzi medicina sportivă, „clinica omului sănătos", care în decembrie 1982 și-a aniversat semicentenarul în țara noastră, își propune să contribuie la creșterea calității vieții, la ridicarea standardului sanogenetic al întregii populații, utilizînd ca „medicamente-remediu" exercițiul fizic și factorii naturali de mediu.

În cuvîntul de salut adresat la aniversarea amintită — cu acea ocazie s-au sărbătorit și 20 de ani de la înființarea Centrului republican de medicină sportivă — ministrul sănătății, adresîndu-se specialiștilor din această tînără specialitate medicală, a făcut un apel de a contribui și mai mult la promovarea stării de sănătate a tineretului și a întregii populații, avînd în vedere că este medicina cea mai apropiată de ființa umană, de esența sa : mișcarea și factorii naturali de mediu.

În domeniul sportului de performanță, medicina sportivă, disciplină medicală de specialitate, care s-a dezvoltat exploziv în anii postbelici, în strînsă corelație cu fenomenul sportiv, își propune și este chemată să contribuie la fundamentarea științifică a procesului de antrenament și a performanței sportive în condițiile promovării standardului sanogenetic al sportivilor și a creșterii capacității lor de efort.

Pentru realizarea acestor sarcini responsabile în domeniul medicinii sportive de pretutindeni, s-au lansat o serie de studii și cercetări aplicative, menite să răspundă deziderateloor mai sus-enunțate.

Dar, așa cum se arăta la începutul acestor rînduri, medicina sportivă, specialitate înființată în țara noastră în anii Republicii (1949), își propune să contribuie la promovarea sănătății tuturor, nu numai a acestei „elite biologice" — sportivii de performanță.

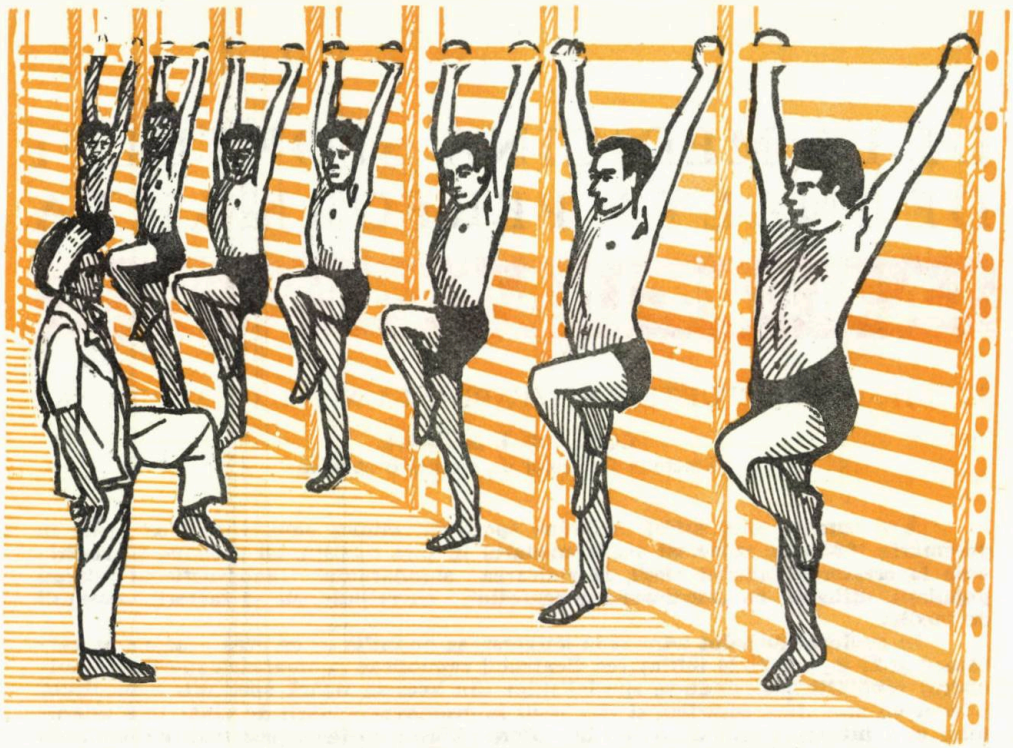
Iată de ce, mai timid la început, din ce în ce mai consistent în ultimul deceniu, medicina sportivă românească face pași serioși în direcția aplicării unor concluzii din cercetarea efectuată pe sportivi, la nivelul populațional de masă. Iată ceea ce ne propunem să vă facem cunoscut prin acest articol.

Am începe cu problema regimului rațional de viață, incluzînd unele aspecte concrete legate de refacerea organismului după efort și alimentația rațională.

Despre refacerea după muncă s-a scris mai puțin la noi (în Editura Sport-Turism, în 1978 apare lucrarea „Refacerea organismului după efort") și, bineînțeles, se și cunoaște mai puțin. Progresele realizate în metodica antrenamentului sportiv contemporan au condus la concluzia că unul din factorii succesului sportiv îl constituie volumul muncii prestate zilnic, care azi, la sportivi, ajunge la 5—6 ore de antrenament. În aceste condiții, pentru a putea repeta cu eficiență aceste antrenamente de la o zi la alta sau chiar în cursul aceleiași zile, știința sportului a fost chemată să întreprindă cercetări care să ducă la standardizarea unor metodologii și tehnici capabile să accelereze restabilirea organismului, refacerea la nivelul avut anterior efectuării unor eforturi solicitante, în acest mod putîndu-se continua antrenamentele pe un fond favorabil și nu de oboseală.

În acest fel, legat de natura efortului practicat și a solicitărilor ce au loc în organism, s-au individualizat tehnologii de refacere ce aparțin balneofiziohidroterapiei, psihoterapiei, dieteticii și farmacologiei, kinetoterapiei și odihnei active și pasive, care se aplică în mod sistematic în cadrul unui proces unic, care este procesul de antrenament și care cuprinde două componente de valoare sensibil egală : efortul și refacerea. Problema ni se pare de interes general — a mai fost semnalată — și revenim asupra ei.

Efortul profesional din activitatea productivă reclamă uneori folosirea unor mijloace de refacere — ca mijloc de combatere a oboselii fiziologice induse de



muncă — și de profilaxie a oboselii patologice ce riscă totuși să apară în anumite condiții.

În această ordine de idei refacerea trebuie începută încă din timpul muncii, într-o mică pauză, prin exerciții de gimnastică, compensatorii, ingestie de lichide, fructe sau lactate.

Reveniți de la lucru, de preferință — dacă distanța este scurtă — pe jos, se impun o serie de măsuri : duș cald, masaj, o alimentație corectă, odihnă activă etc., toate capabile să ne refacă forțele pînă a doua zi.

La sfîrșit de săptămînă refacerea trebuie să fie completă și ca atare putem folosi mai multe mijloace de refacere, în cadrul unui sistem organizat (adăugînd și activitatea sportivă).

Dacă vorbim de refacere anuală, în cadrul concediului de odihnă, avem în vedere faptul că dispunem de timpul necesar și de mijloacele cele mai adecvate — indicațiile medicului joacă un rol important — pentru o refacere optimă a forțelor fizice și psihice, în vederea reluării activității. În fond, o bună refacere semnifică o profilaxie eficientă a oboselii și chiar a unor îmbolnăviri. De aceea primele rezultate în întreprinderi unde se practică asemenea forme de refacere se regăsesc atît în randamentul profesional sporit, cît și în standardul sanogenetic.

O altă problemă ce merită relevată este cea a recuperării, după unele accidente sau îmbolnăviri. Pornind de la principiile aplicate în recuperarea sportivilor, se pot trage azi unele învățăminte aplicabile în recuperarea populației nesportive.

În primul rînd recuperarea se începe din însăși perioada fierbinte a accidentului sau bolii ; astfel, tratînd o articulație afectată la sportivi ne preocupăm, prin diferite mijloace (kinetoterapie, psihoterapie, fizioterapie, masaj, medicație locală și generală, acupunctură etc.), de tonusul biologic general, în așa fel încît la rezolvarea focarului lezional să nu avem dificultăți cu starea generală a organismului, cu diferite sechele sau sindroame de dezadaptare la efort, uneori mai greu de remediat decît însăși boala.

În recuperarea propriu-zisă a afecțiunilor aparatului locomotor noi pornim de la premisa unei recuperări anatomo-funcționale complexe, folosind tehnologii intensive, complexe, care au în vedere atît efecte locale, cît și generale.

De aceea în centrele medico-sportive recuperarea după boli sau traumatisme la nivelul aparatului locomotor se face totuși mai rapid și mai funcțional, comparativ cu modul în care se rezolvă aceste situații la nivelul populației nesportive. Este de-altfel și explicația pentru care în ultimii ani cabinetele medico-sportive sînt din ce în ce mai solicitate de către diferiți pacienți, după etapa de spitalizare. Considerăm că în momentul de față recuperarea sportivilor ca mod de organizare și abordare practică se află înaintea realităților rețelei sanitare de bază, iar dovada concretă o constituie numeroși sportivi care în timp relativ scurt, după diferite traumatisme sau

îmbolnăviri, apar pe terenul de sport, oricum mai repede decît își reia serviciul un pacient obișnuit, după o afecțiune asemănătoare.

Un alt domeniu de interes pe care am dori să-l semnalăm este acela al selecției socioprofesionale.

În sport dispunem azi de indicatori medicobiologici cu care se operează în selecția sportivă (genetici, sanogenetici, morfologici, psihologici).

Considerăm interesant că și în selecționarea pentru anumite profesii ar trebui

luați în considerație asemenea indicatori obiectivi de selecție și orientare, așa cum se practică azi la unele profesii (aviatori, elevi, studenți etc.). Modelul de selecție în sport (concept, organizare, metodologie) poate inspira pe specialiștii din diferite domenii de activitate, cu caracter de tehnicitate, complexitate, stres, să contureze o baterie de teste cu care să opereze în recrutarea de cadre pentru specializarea în domeniile amintite.

Ne-am referit numai la aceste 3 aspecte pe care le apreciem de mare valoare practică în viața omului contemporan și în care considerăm că modelul sportiv poate constitui un prețios ghid în încercarea de valorificare la nivelul medicinii pentru toți !

MOZAIC MEDICAL

Mierea de albine, un antibiotic la îndemînă

Prof. Armon (India) publică un articol semnalat de publicațiile Organizației Mondiale a Sănătății, prin care recomandă cu căldură folosirea mierei de albine în tratamentul plăgilor chirurgicale și al escarelor (răni ale pielii datorate compresei prelungite în timpul imobilizărilor).

Plăgile infectate, care după o curățire atentă sînt badijonate cu miere, se sterilizează în 3—10 zile, iar vindecarea se produce rapid prin favorizarea creșterii țesuturilor. Cercetări efectuate în laborator au dovedit că mierea de albine are o acțiune bactericidă asupra a numeroase specii de microbi.

Singura problemă în aplicarea mierii pe plăgi este aceea a deshidratării țesuturilor din jur ; aceasta se rezolvă, însă, prin aplicarea de comprese îmbibate cu ser fiziologic.

Proteine din frunze

Tot mai multe țări din lume întreprind cercetări aprofundate privitoare la producerea din frunze și din părțile verzi ale unor plante lipsite de toxicitate a unor concentrate nutritive. Aceste concentrate sînt bogate în proteine, acizi grași, vitamine și minerale, iar cercetătorii apreciază că vor putea fi folosite, cu succes, ca aliment complimentar, atît pentru om, cît și pentru animale.

A fuma mai puțin înseamnă a inhala mai mult?

Aceasta este întrebarea la care prof. Ho-Yen, într-un articol publicat în British Medical Journal, răspunde afirmativ. El atrage atenția asupra faptului că fumătorii care își reduc numărul de țigări nu reduc totdeauna și concentrația de carboxihemoglobină (care reduce funcția de oxigenare a sîngelui). De ce ? Pentru că acești fumători inhalează mai mult fum și mai profund, ca să le „țină" pînă la următoarea țigară.

DR. GH. ROMANESCU

COSMETICA la domiciliu

L. COSMOVICI, L. ZISU

Există o părere greșită, potrivit căreia cosmetica se practică numai la institutele sau cabinetele de specialitate sau se rezumă la farduri.

Fără a micșora aportul unor tratamente cosmetice, nu se poate contesta importanța îngrijirilor de acasă, cu perseverență, cu regularitate, avînd drept consecințe o înfățișare plăcută, mai multă feminitate, mai multă personalitate. În egală măsură și bărbatul trebuie să aibă o înfățișare cît mai plăcută, cu o ținută corectă și elegantă, strălucind de curățenie.

Un corp bine îngrijit își oferă lui însuși — ca și celor din jur — noi valențe de sănătate, energie și bună dispoziție.

O condiție esențială pentru îngrijirea rațională și cu bune rezultate o constituie cunoașterea naturii pielii și a caracteristicilor tenului.

Se comit de multe ori greșeli, aplicîndu-se tratamente neadecvate tipului de piele, efectele negative apărînd imediat, sau, alteori, după o folosire mai îndelungată.

În mod obișnuit, vorbim de un ten gras, uscat sau normal. Din aceste caracteristici decurg măsurile care privesc îngrijirea igienocosmetică. Trebuie știut însă că între pielea grasă și cea uscată și în cadrul acestor caracteristici există un număr mare de combinații intermediare.

AVEȚI PIELEA NORMALĂ ?

Pielea normală nu este nici grasă, nici uscată. Este ușor strălucitoare, netedă, are porii mici, invizibili cu ochiul liber. Un astfel de ten se întîlnește foarte rar. Cele mai multe persoane au tenul cu tendința fie spre uscat, fie spre gras.

Pielea normală indică o sănătate foarte bună, o igienă externă și internă perfecte, fără tulburări nervoase, hepatice sau intestinale.

În îngrijirea pielii normale nu trebuie abuzat de săpun, căci acesta diminuează stratul de grăsime naturală (sebum).

Zilnic se va aplica o cremă hrănitoare, care va fi lăsată pe față timp de 1/2 oră, după care se va îndepărta cu o loțiune tonică.

Seara se va proceda la demachiere cu cremă sau lapte demachiant, apoi se va șterge fața cu o loțiune calmantă. De două ori pe lună se va aplica o mască nutritivă.

După 30 de ani se recomandă o ședință lunară de îngrijire a pielii la un cabinet cosmetic. Desigur că, înaintînd în vîrstă, ședințele la specialistă se vor înmulți. Primăvara și toamna, pentru a îndepărta de pe piele celulele moarte, se recomandă o curățire în profunzime.

În cazul pielii normale nu se va menține noaptea crema pe față, lăsînd porii liberi.

ȘTIȚI SĂ ÎNGRIJIȚI PIELEA GRASĂ ?

Testarea pielii grase trebuie făcută cu răbdare, trecînd o foiță de hîrtie pe toată fața și urmărind cum apare transparența la lumină. Aceasta, pentru a identifica fiecare porțiune și a aplica în mod distinct preparatele adecvate.

Căldura, umiditatea, alimentația prea bogată și piperată, unele dereglări de natură endocrină, digestivă sau nervoasă pot accentua excesul de grăsime. Cu timpul pielea devine mai puțin grasă, iar după vîrsta de 50 de ani, ea poate deveni chiar normală, dacă a fost bine îngrijită.

Este tipul de piele care păstrează greu machiajul. Curățirea ei se poate face cu săpunul de bărbierit, crema de ras, săpunuri acide sau loțiuni demachiante. Măștile folosite, ca și loțiunile sau cremele, sînt cele pe bază de fructe ; nu sînt indicate cremele grase, loțiunile prea alcoolizate, apa prea rece, produsele uleioase sau pe bază de vaselină.

Spălarea zilnică se poate face cu o loțiune sau chiar cu un lapte special pentru pielea grasă, clătind apoi cu apă călduță. La 2 zile trebuie aplicată o cremă astringentă, alternînd cu o cremă nutritivă specială pentru pielea grasă. Aceasta se menține pe față timp de 1/2 oră, după care se îndepărtează cu o loțiune astringentă, pe bază de fructe sau plante, sau chiar cu o loțiune camforată. Săptămînal se va aplica o mască de fructe de sezon.

De două ori pe lună se va folosi o perie moale și un săpun acid, cu care se va peria fața, pentru a îndepărta sebumul. Cel puțin o dată pe lună se vor stoarce punctele negre, după care se va aplica o mască astringentă. Trebuie evitate prînzurile piperate, mezelurile și alcoolul.

Cremele folosite vor fi cele hidratante, semigrase, uscate ; în nici un caz nu se vor aplica creme pe bază de lanolină, untură sau colesterol, căci grăsimea respectivă se suprapune peste secreția naturală, excesul ducînd la iritarea și înroșirea pielii, la formarea punctelor negre și chiar a coșurilor.

PIELEA USCATĂ E CEA MAI VULNERABILĂ

Caracterizată printr-o secreție insuficientă a glandelor sebacee, din care cauză se rid-

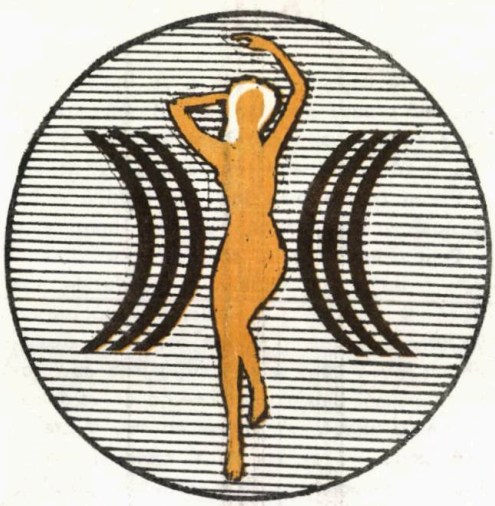
dează, se cojește, se irită și se înroșește cu ușurință ; perii sînt în general mici, pielea fiind mată. Lipsită de vitalitate, după 50 de ani prezintă frecvent aspectul pergamentat.

Pielea uscată bine îngrijită, hrănită și hidratată, poate rămîne frumoasă mult timp.

Pentru îngrijirea ei sînt indicate : produsele hidratante și vitaminate, produsele pe bază de lanolină și colesterol. Curățirea se va face zilnic, cu o cremă sau lapte demachiant, după care se va șterge fața cu o loțiune tonică. Seara și dimineața se va aplica o cremă hidratantă, alternînd cu o cremă hrănitoare. Nu se vor folosi cremele uscate, loțiunile alcoolice sau pe bază de glicerină, acestea putînd provoca descuamarea, înroșirea și chiar ridarea pielii.

În fiecare seară se va aplica în jurul ochilor și pe gît o cremă antirid. O dată pe săptămînă se va folosi o mască specială pentru tenul uscat. Pentru îndepărtarea celulelor moarte se poate efectua un gomaj.

Nu trebuie folosite la întîmplare orice creme sau loțiuni, pielea uscată fiind foarte delicată. De menționat că, atît la tenul gras, cît și la cel uscat, putem distinge o gamă întreagă de tenuri intermediare. Desigur că nu se pot face delimitări precise. Tenul gras prezintă variante de la tenul cu tendință grasă, pînă la un ten seboreic, iar tenul uscat se poate datora lipsei de apă — ten deshi-



dratat – şi lipsei de grăsime – ten alipic. Pentru stabilirea unui tratament cosmetic, se recomandă să se apeleze, la început, la cosmeticiană.

Esteticienii consideră că în prezent majoritatea femeilor între 15–25 de ani au pielea mixtă, respectiv partea de mijloc a feţei – fruntea, nasul şi bărbia – prezintă caracteristicile pielii grase, în timp ce pleoapele, arcadele sprîncenelor, obrajii, gîtul prezintă caracteristicile pielii uscate.

Pentru partea feţei a cărei piele este uscată se vor urma indicaţiile pentru pielea uscată, după cum pentru partea grasă se vor aplica produsele adecvate pielii grase.

Îngrijirea cosmetică la domiciliu nu priveşte numai faţa. Nu trebuie uitate şi celelalte părţi ale corpului. Cînd se vorbeşte, spre exemplu, despre picioare şi mîini, li se atribuie denumirea de extremităţi, care sînt adeseori mai puţin îngrijite. Nu trebuie uitat că mîinile sînt cartea noastră de vizită, după cum picioarele sînt soclul nostru, ele ne menţin echilibrul.

Îngrijirea igieno-cosmetică nu este însă un privilegiu al femeilor. Nu este un lux fără rost, care ar privi numai pe femei, ci este o necesitate vitală, o obligaţie a omului civilizat.

Îngrijirea cosmetică priveşte într-o anumită măsură şi pe bărbaţi, indiferent de natura preocupărilor lor. Tehnica modernă a adus mijloace noi de îngrijire pentru bărbaţi, de la mijloacele mecanice şi electrice pentru bărbierit, la loţiunile şi cremele care să uşureze necazurile bărbieritului, ca pielea să nu sufere prin această operaţie, să nu se irite etc.

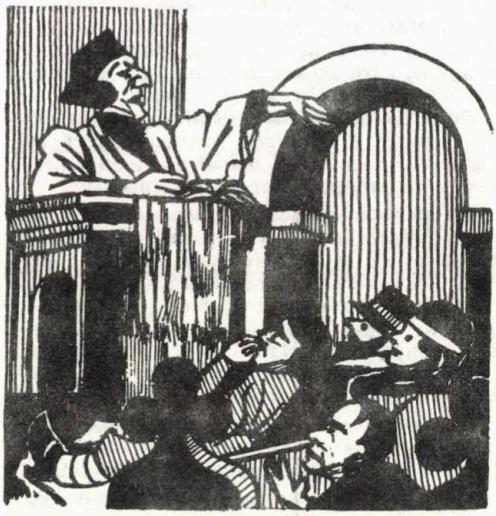
În saloanele cosmetice se aplică cu succes metoda vibromasajului şi pentru bărbaţi. Se dau indicaţii cum să-şi îngrijească părul pentru a evita – pe cît posibil – obsedanta problemă a cheliei.

A fi un om îngrijit nu înseamnă a te „feminiza", concepţie total greşită. Bărbatul timpurilor noastre, pe lîngă problemele sale de zi cu zi, trebuie să aibă şi aceste preocupări, considerate mărunte şi totuşi destul de importante, de a-şi îngriji barba, de a combate coşurile sau unele alergii, căderea părului, mătreaţa etc.

A îngriji pielea înseamnă a-ţi îngriji şi sănătatea. Este o problemă de răbdare, în care rezultatele binefăcătoare nu vor întîrzia să se arate.

SUGESTIA ARMA PERFIDĂ A SECTELOR RELIGIOASE

PAUL ŞTEFĂNESCU



Apariţia sectelor religioase nu constituie cîtuşi de puţin un fenomen nou ci, sub o formă sau alta, a însoţit, mai mult sau mai puţin evident, în timp şi pe toate meridianele, evoluţia omenirii.

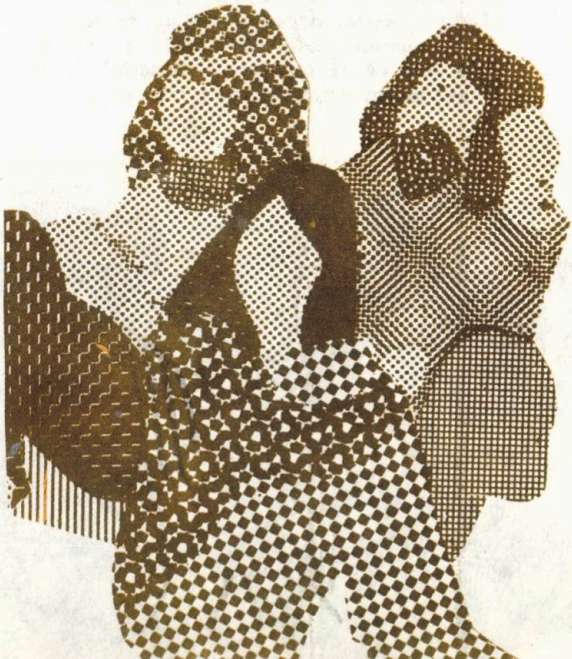
Discuţiile în jurul acestui subiect sînt destul de complicate, iar tentativele multor oameni de ştiinţă de a considera că toate sectele de oricînd şi de oriunde ar avea aceleaşi trăsături psihosociale au făcut mai mult rău decît bine înţelegerii problemelor puse în discuţie.

Ne vom referi, în continuare, la aspectele inedite, ideologice şi organizaţionale, ale „noilor" secte religioase sau pseudoreligioase : incultura aderenţilor, dorinţa de refugiere într-o lume imaginară, liberalismul, care poate atinge puncte extreme, şi existenţa unor raporturi cu realitatea socială profană mult mai complexe şi diferite în comparaţie cu sectele tradiţionale ale marilor religii.

Aservirea oarbă a activităţii supuşilor unor scopuri „oculte" ale diverşilor fondatori constituie, în fapt, trăsătura comună a feţei nevăzute ce uneşte toate aceste secte. Şi care sînt, în fapt, aceste scopuri ? Iată-le : sustragerea atenţiei de la problematicile lumii capitaliste, dezagregarea colectivităţii pentru a putea fi mai uşor stăpînită, obţinerea supremaţiei politice şi de dominare, totul în scopul de realizare de profituri prin munca adepţilor şi chiar prostituţia „sacră" a unor vestale ale secolului XX.

Nu vom intra în detalii ; masmedia din ţara noastră ne-a oferit cu regularitate şi cu un înalt spirit ştiinţific aspecte din cele mai insolite (neobişnuite) ale problemei. Este vorba de secte care se manifestă în ţările capitaliste, dintre care amintim : „Templul popoarelor", „Copiii lui Dumnezeu", „Asociaţia pentru unificarea creştinismului mondial", „Meditaţia transcedentală", „Biserica de scientologie", „Misiunea lumii divine", „Asociaţia internaţională pentru conştiinţa lui Krishna" etc. etc., ca să nu mai menţionăm pe cele cum sînt : „Adoratorii briculuí", „Adoratorii focului", „Cavalerii crucii-albe", „Druizii din Mendon", „Neo-Medievalii", „Etheratii", „Adoratorii cepei", „Martorii lui Artemis", „Adoratorii oului", „Martorii lui Christos" etc.

Fondatorii acestor secte — au remarcat cercetătorii care le-au studiat biografia — au oscilat la început între o sectă sau alta, cuprinşi de febra originalităţii religioase, înainte de a reuşi să-şi întemeieze propria lor organizaţie. Nu-i de prisos, poate, să menţionăm că, după unii cercetători ai societăţii americane de azi, proliferarea exorbitantă a sectelor religioase s-ar înscrie ca element component al unui tablou mai larg. După Alvin Toffler, bunăoară, această societate ar fi intrat într-o epocă de „explozie a subculteloř". „Departe de a fi monotone, tehnosocietăţile sînt presărate cu tot felul de grupuri originale de acest



tip : hippii şi motocicliştii furibunzi, teosofii şi fanaticii farfuriilor zburătoare, scufundătorii şi plonjorii aerieni, homosexualii, computeriştii, vegetarienii şi musulmanii negri".

Dacă laturile sociologice ale creării sectelor fac obiectul unor analize minuţioase şi a unei literaturi bogate, mult mai puţin studiat este procedeul folosit de creatorii de secte pentru a-şi cîştiga aderenţi şi a-i transforma în fiinţe lipsite de orice personalitate, mai bine zis înlocuindu-le pe a lor cu cea a „şefului religios", reprezentantul divin.

Procedeul este vechi de cînd lumea, fiind vorba de folosirea, sub diverse forme şi variante, a sugestiei şi autosugestiei.

Istoria sugestiei începe din cele mai vechi timpuri, cînd stările de conştiinţă erau interpretate prin prisma credinţelor mistico-religioase. Dealtfel şi astăzi încă, în regiunile unde mai trăiesc populaţii primitive, o seamă de aspecte ale riturilor religioase se întemeiază pe tehnica sugestiei.

Deşi cunoscută şi aplicată de mii de ani, o definiţie satisfăcătoare şi mai ales o explicaţie pe deplin ştiinţifică, din păcate, nu sîntem încă în măsură s-o dăm. Sugestia propriu-zisă este o acţiune prin care o idee din afară, venind de la o persoană, faptele ei sau aspecte vizuale sînt impuse creierului unei alte persoane.

Şcoala franceză (Şcoala de la Nancy) socoteşte sugestia drept un fenomen psihologic (Bernheim), pe considerentul că fiecare idee transmisă creierului tinde să devină un act.

Şcoala sovietică (I.P. Pavlov) susţine însă că la baza sugestiei stă „cuvîntul", care acţionează ca un factor fiziologic, punîndu-se astfel accentul pe un mecanism „reflex condiţionat" caracteristic omului.

În ceea ce ne priveşte, o practică de 36 de ani ne îndreptăţeşte să afirmăm că ambele teorii nu sînt incompatibile, ci se completează reciproc, bineînţeles, ţinîndu-se seama şi de alte completări.

Istoria marilor religii, care şi-au bazat în principal expansiunea pe forţa sugestiei, oferă un învăţămînt empiric şi natural mistic al sugestiei. Am aminti de Kabala ebraică, care acordă cuvîntului proprietăţi şi forţe necunoscute imense, doctrina Yoga şi, mai ales, magia (opusă religiei), care apelează la sugestie şi autosugestie din plin şi sub toate formele.

Sugestia percutează psihicul omului în mod direct şi indirect, insinuant, fără ca subiectul să-şi poată măcar da seama. Este vorba de imagini, ceremonii, imitaţie.

Se ştie că aradul de sugestibilitate al unui subiect este proporţional cu capacitatea sa de a accepta veridicitatea unor idei. Un om cu un fond sănătos, echilibrat, care nu-şi poate explica „ceva", este foarte greu de sugestionat. Invers, un psihic labil, complexat, gata să accepte cele mai extravagante ipoteze drept realităţi posibile, constituie un medium ideal.

Să trecem acum — în lumina celor afirmate mai sus — la examinarea membrilor unei secte. Cu excepţia şefilor, conştienţi de foloasele pe care le trag, membrii unei secte, fără excepţie, într-un grad mai mare sau mai mic, prezintă caracteristicile subiecţilor sugestionabili. În afară de sugestia verbală, sectele îşi subordonează victimele utilizînd tehnicile de „magie ceremonială", ce acţionează asupra psihicului prin imagini, gesturi, sunete. Spre convingere, amintiţi-vă de o slujbă religioasă şi vă veţi convinge de densitatea, de încărcătura de sugestii propagată de cel ce oficiază şi mediul în care are loc. Priviţi la cei de faţă şi încercaţi să aflaţi ce-i aduce acolo : dorinţe neîmplinite sau frica de a pierde pe cele pe care le au, într-un cuvînt acceptarea fierbinte a dorinţei unor lucruri posibile din imposibile !

Substratul paranoid al conducătorilor de secte şi delirul de inducţiune pe care aceştia îl exercită asupra adepţilor sînt două noţiuni ce caracterizează, din primul moment, pe aceşti indivizi. Este vorba de o slăbire a controlului critic, de o stare de insuficienţă funcţională a creierului, care facilitează o stare de sugestibilitate cu totul caracteristică.

Pe un asemenea substrat organopsihic, preparat în mod cu totul special de unele traumatisme afective, apare aşa-numitul sindrom de automatism mintal, *caracterizînd pe indivizii al căror centru superior conştient este mai mult sau mai puţin obnubilat (întunecat). O asemenea stare morbidă consistă, după unii autori, în special după cei de şcoală franceză (Séglas De Clérambault, Henyer etc.), într-o interesare a tuturor actelor motorii senzitive şi ideo-verbale, într-o diminuare a inhibiţiilor, a dominaţiei sau stăpînirii de sine, într-o favorizare a halucinaţiilor psihomotrice, în sentimentul ciudat cunoscut sub numele de* ecou al gîndirii, *influenţarea actelor, într-un fel de perplexitate şi automatism, ce poate merge pînă la transformarea personalităţii.*

Tendinţa de fabulaţie (prezentarea unor fapte imaginare ca reale, posibile), la invenţie, la minciună este caracteristică mitomanului (cel ce are mania de a minţi) imaginativ, prinzînd, fără îndoială, numai acolo unde este teren favorabil, preparat de o credulitate patologică. Se pare că eroarea de imaginaţie s-a transformat în delir de imaginaţie, permiţîndu-i să treacă de la reprezentaţii mistice, de la concepţii false sau fanteziste izolate, la un ansamblu de credinţe sistematizate, care îl obsedează pe credinciosul sectant.

Asemenea indivizi, sectanţii, par să fie în parte conştienţi de mitomania sau de minciunile lor ; dacă uneori, invenţiile sînt interesante şi intenţionate, nu este însă, mai puţin adevărat, că ele sînt cu totul dezinteresate, procurîndu-le numai plăcerea de a se identifica cu secta şi o satisfacţie de a fi admiraţi ca făcînd parte dintr-o categorie „socială" aparte, specială, deosebită de ceilalţi muritori.

Oricum ar fi, pe aceşti indivizi îi caracterizează lipsa completă a simţului de control şi de verificare a realităţii, refugiindu-se într-o minciună, al cărui control este imposibil. Într-o asemenea stare psihologică, concepţiile delirante ale sectanţilor se multiplică şi se stabilizează, iar fabulaţia se întăreşte şi se sistematizează, fascinînd, prin intermediul psihologiei colective, masa comună a aceloraşi care cred fără să cerceteze.

Dar sugestia, această teribilă armă a sectelor religioase, îmbrăcată în haine inofensive, poate fi fatală. Exemple sînt numeroase : oameni care îşi dau foc în pieţe (vezi filmul „Mondo Cane"), sinucidere în masă (secta lui Jim Jones şi cele peste 900 de victime din Guyana, 1978), părinţi care îşi maltratează şi ucid copiii (căzuţi, chipurile, pradă diavolului), dezlănţuirea unor instincte criminale (Clarles Manson, ucigaşul satanic al actriţei Sharon Tate) etc.

Aplicaţiile sugestiei, cu efecte majore, nu a scăpat ştiinţei şi diverselor activităţi. Am aminti în medicină numeroase forme, incluzînd naşterea fără durere, placebo etc. În comerţ, reclama îmbracă o varietate de aspecte mai mult sau mai puţin sesizabile, avînd la bază cunoştinţe aprofundate de psihologie şi sociologie. Subliniem pe unul mai puţin cunoscut şi care, din fericire, a fost interzis în unele ţări : în timpul proiecţiei unor filme se intercalează scurte imagini privind cumpărarea unor produse, ce sînt proiectate cu viteză nesesizabilă de spectatori, dar care sînt percepute inconştient şi se transformă apoi în acte voluntare, ca şi cum ar fi rezultatul unei deliberări suverane.

Din cele de mai sus, trebuie să reţinem că sectele religioase, indiferent de natura lor şi în ciuda arborării unor aparenţe inofensive, se folosesc de sugestie pentru a-şi cîştiga şi domina adepţii.

MACHIAJUL ȘI MODA

DE-A LUNGUL VREMURILOR

Moda, asemenea obiceiurilor și concepțiilor, prezintă o anumită evoluție istorică. Machiajul propriu-zis a participat și participă înainte de toate la modă, căci în funcție de modă se schimbă și îngrijirea ochilor, gura va prezenta culoarea roșie, roză sau naturală, tenul alb sau bronzat etc.

Cosmeticele cele mai diferite și mai rare au existat în toate epocile și au continuat să existe de-a lungul secolelor.

Fiecare fază a culturii umane a dat naștere unor concepții proprii despre frumusețe, care urma să fie atinsă cu ajutorul mijloacelor cosmetice.

Din cele mai vechi timpuri, omul s-a străduit și a găsit metodele cele mai potrivite pentru a-și colora și el figura și corpul. De aici a rezultat și o altă dorință : aceea de a plăcea.

Pentru satisfacerea unor tendințe de ordin estetic, bărbații și femeile – din timpurile cele mai vechi – cunoscînd puterea de atracție a culorilor aplicate pe piele, foloseau minele de coloranți, își întocmeau rețete, după care își pregăteau sulimanurile.

Documentele existente, care atestă caracteristicile culturii și felul de trai al oamenilor din toate vremurile, demonstrează că nu există aproape nici o parte componentă a cosmeticii pe care omenirea să n-o fi cunoscut încă din cele mai vechi timpuri.

Amestecarea de grăsimi cu vopsele – pentru a obține sulimanurile – precum și arta sulemenirii erau cunoscute chiar omului primitiv.

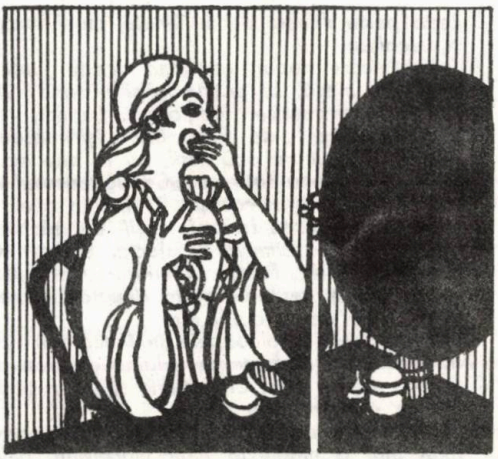
În grotele din perioada glaciară s-au găsit palete ornamentale de ardezie, sticluțe de os și borcănașe cu capace, în care se țineau cremele. La fel, rujuri de buze de culoare roșie, sub formă de bețișoare ascuțite și în dimensiuni asemănătoare tuburilor de ruj din zilele noastre, s-au găsit în multe peșteri preistorice.

Cele mai căutate materiale erau vopselele albe, albul din cretă, var, urmate de gama de nuanțe ale ocrului, începînd cu galbenul și sfîrșind cu portocaliul și roșul.

La „British Museum" se află mumii care prezintă urme de lac de unghii de toate nuanțele – de la roz la stacojiu – acestea nefiind deci o născocire a modei rafinate din zilele noastre, ci practici mult îndrăgite în China și vechiul Egipt.

Rețetele și tehnicile folosite pentru înfrumusețare au trecut, pe rînd, de la un popor la altul. Lopățelele pentru aplicarea sulimanurilor au fost imitate de egipteni, fiind însă lucrate din materiale nobile. Cunoscutele vase japoneze numite „imzo", încrustate cu pietre prețioase, sînt imitații de mai tîrziu ale acelorași forme primitive.

Unsorile și uleiurile naturale au stîrnit dorința femeilor egiptene de a le folosi pentru a-și purifica și înfrumuseța corpul, astfel că în Egipt, în timpul faraonilor, se practica un veritabil machiaj. După băi parfumate, femeile egiptene își acopereau corpul cu farduri, apoi „treceau la machiajul feței, un machiaj dificil și meticulos. De asemenea, foloseau mixturi complicate, ca faimosul „Kohol", pentru înviorarea ochilor, în care scop mulau un bastonaș în Kohol, pe care îl aplicau direct pe pupilă. Rujul, sub formă de creioane, servea la accentuarea strălucirii buzelor. Produsele pentru mestecat întăreau gingiile roze și tari. Pentru obraji se



foloseau diferite pudre și farduri pe bază de cinabru.

Dacă moda prevedea o paloare deosebită, femeile își machiau fața în alb, folosind, ca și pictorii, acel alb toxic, pe bază de săruri de plumb. Astfel „faimosul" alb de ceruză a fost folosit din antichitate, pînă la începutul secolului nostru.

Vîrful degetelor de la mîini și picioare, palmele, călcîile și, uneori, chiar și vîrful sînilor erau colorate în roșu-corai, cu ajutorul sucului de „kufra", o plantă cunoscută sub numele de „henné", cu care turcoaicele își vopseau părul în roșu. Florile acestei plante din Orient aveau un parfum deosebit ; de aceea, femeile le foloseau ca decorative ale părului sau pulverizau frunzele, apoi le amestecau cu „cateșu" – vopsea extrasă dintr-un copac indian.

Fardurile de Alexandria, renumitul port al Egiptului, erau folosite în lumea întreagă.

Către secolul al V-lea î.e.n. folosirea fardurilor cucerise Mediterana, pătrunzînd în Grecia Antică, unde abuzul de farduri face ca, la Atena, legislatorul Solon (640–558 î.e.n.) să încerce interzicerea folosirii lor, dar fără rezultat. Consumul de parfumuri la greci devenise un viciu ; atenienii bogați își parfumau vinul cu violete și trandafiri, iar înainte de masă își ungeau părul cu parfumuri, sub pretextul că îndepărtau beția. Femeile foloseau carbonatul bazic de plumb în amestec cu făină, din care preparau o pastă pe care o întindeau pe față și o îndepărtau abia dimineața.

Moda cosmeticelor s-a extins în Asia Mică, trecînd apoi și în Europa. Folosirea alifiilor de față și a fardurilor a devenit foarte răspîndită. În numeroase prăvălii se vindeau diferite produse de parfumerie. Literatura de epocă menționează diferite rețete de produse cosmetice, descrierea și folosirea lor, ca în „Ars amandi" (Arta iubirii), scrisă de Ovidiu, care a publicat și un cod al cochetăriei. În „Cosmeticele lui Ovidiu" sau în volumele „Istoriei naturale" ale lui Pliniu cel Bătrîn sînt indicate multe formule cosmetice.

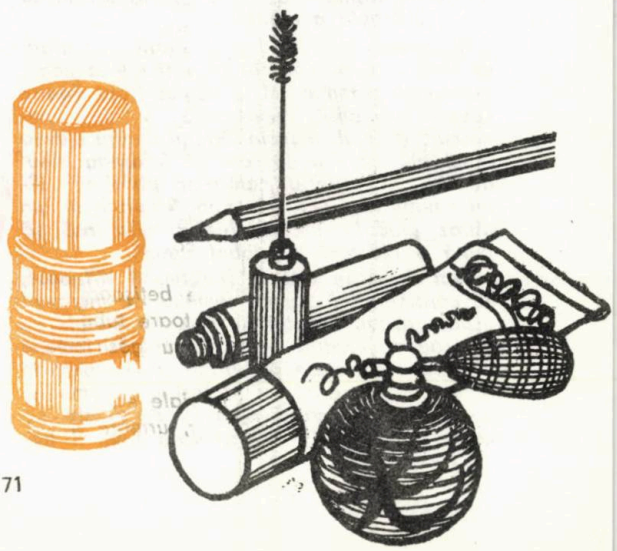
Criton, medic al împăratului Traian, publică un formular de cosmetică, ocupîndu-se în mod deosebit de grija decorativă pentru piele și păr, atît pentru femei, cît și pentru bărbați.

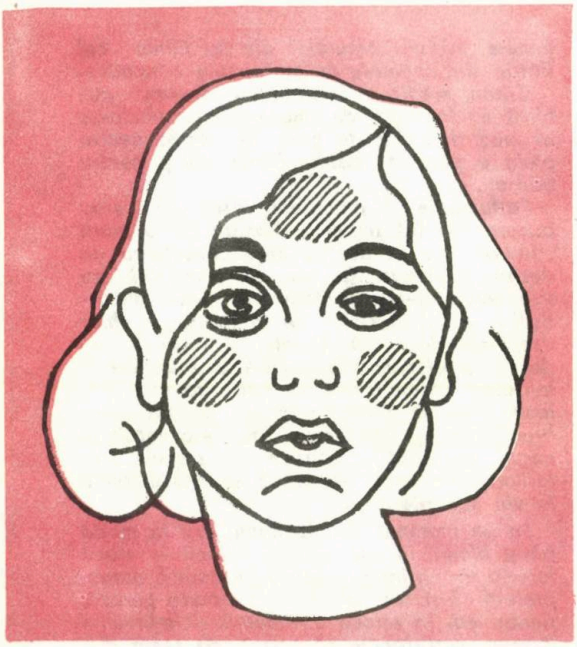
Parfumurile și produsele cosmetice s-au bucurat în tot Imperiul Roman de o mare căutare, dar în același timp constituiau un desfriu costisitor. Cu apa de trandafiri se stropeau capetele invitaților la masă, ale artiștilor și spectatorilor de la teatru și chiar drapelele de luptă. Horațiu și Juvenal au descris și ei excesele la care se ajunsese în folosirea cosmeticelor de către romani. Femeile romane preferau pentru colorat cinabrul, miniul și ocrul roșu. Părul era vopsit în negru, cu soluții preparate din sîngele lipitorilor, care erau lăsate să se descompună în vin sau oțet.

La un moment dat, la Roma era la modă părul blond, în așa măsură – încît – dacă femeia nu obținea culoarea pe care o dorea, prefera să-și taie părul și să poarte perucă, pentru ca, în epoca decadentă a Imperiului Roman, curtezanele să poarte ca semn distinctiv părul blond, în timp ce femeile din „lumea bună" își vopseau părul în roșu sau albastru. În aceeași epocă a decadenței imperiului, cosmeticele mai sînt folosite doar în unele orașe ca : Veneția, Genova, Florența, apărînd în schimb în Galia, unde preoții – druizii – foloseau diferite preparate cosmetice cu prilejul ceremoniilor religioase. Renașterea reînvie cultul frumosului și respectiv folosirea cosmeticelor, care în Italia și Franța ajung la rafinamente deosebite.

În Anglia, începînd cu epoca reginei Elisabeta I, folosirea parfumurilor a cunoscut o largă răspîndire, lavanda și menta englezească luînd locul mosculuí, care era importat.

A început și obiceiul oriental de a se stropi cu parfum. Tinerii purtau la ei fla-





coane cu care își stropeau părul și fața. Dar această modă a fost de scurtă durată.

La curtea lui Carol al II-lea, în Anglia, și aceea a lui Ludovic al XV-lea, în Franța, se practica în stil mare machiajul feței și moda lipirii pe față a unor mici alunițe negre, în formă de cerc, de steluțe sau semilună. S-a introdus obiceiul de a pudra părul, obicei care a durat vreo două secole. A fost epoca perucilor pentru bărbații care aveau chelie. Franța Evului Mediu avea întîietatea în fabricarea parfumurilor, avînd o industrie dezvoltată.

În Europa secolelor al XIV–XV-lea au existat, însă, multe luări de poziție împotriva produselor cosmetice și a specialiștilor care se ocupau cu prepararea lor și cu tratamentele respective. În special casta medicilor ducea o luptă susținută de a separa orice tratament cosmetic de ceea ce era socotit ca practică legală a medicinii.

În secolul al XVIII-lea în Franța, în afară de farduri, depilatoarele erau și ele la modă, nu numai la femei, ci și la bărbați. Foarte căutată era alifia depilatoare „Rusma", cunoscută de mult timp în Orient. Pentru a avea tenul alb ca laptele femeile foloseau albul de zinc, iar pentru colorarea obrajilor diluau puțin roșu lichid în apă, îl întindeau pe obraz pînă la urechi, fără a uita însă să pună o picătură pe lobul urechii.

Mai tîrziu, în epoca burgheziei virtuoase, se considera că numai femeile de moravuri ușoare aveau dreptul de a-și da buzele cu ruj sau cu farduri pe ochi. Totuși, femeile din înalta societate nu ezitau să-și scoată în relief „sîngele albastru", folosind un amestec de gumă arabică și albastru de Prusia, pe care, cu ajutorul unei pensule fine, îl treceau peste venele de la tîmple, mîini, brațe și decolteu.

La fiecare popor, pe lîngă aceste influențe din afară, se practicau și o serie de procedee cosmetice tradiționale. La noi, la țară, de exemplu de Paști, fetele își înroșeau obrajii cu coji de ouă roșii, iar în alte ocazii își rumeneau fața cu „Coada cocoșului" sau cu „Creasta cocoșului". Tot în același scop erau folosite frunzele roșii de răchită, brîndușa de primăvară, sfecla, bulbul de ceapa ciorii etc. Pentru îmbujorarea obrajilor erau folosite cerneala roșie diluată în oțet, hîrtia roșie de ambalaj etc.

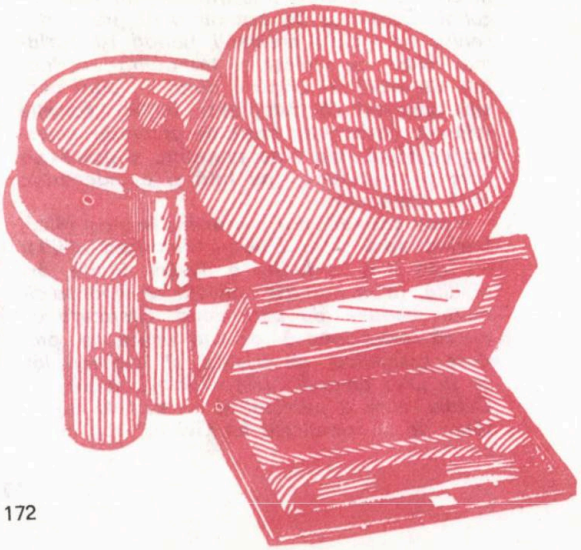
Sprîncenele și pleoapele se înnegreau cu tuningine, cu cărbune de tulpină de busuioc sau cu dopuri arse. Chibriturile stinse serveau pentru a marca alunițele.

Dar moda e modă. Apariția cinematografului mut a modificat mult machiajul. Pelicula cinematografică, puțin sensibilă, nu înregistra nuanțele slabe. În acest mod actrițele celei de „a 7-a arte" au fost nevoite a se machia intensiv.

Tendința de imitare a existat și există și în zilele noastre. Dorința de asemănare cu vedetele preferate, pe care le admirăm sau le-am văzut la cinema sau pe scenă, constituie unul din aspectele modei actuale în machiaj. Să ne amintim de moda „ochilor lui Greta Garbo", „pleoapelor lui Marlene Dietrich" sau de „machiajul lui Brigitte Bardot".

În privința acesteia, un renumit estetician francez relata că „mitul Brigitte Bardot" luase astfel de proporții, încît, în urma unui anunț prin care se căuta o tînără asemănătoare lui Brigitte Bardot, s-au prezentat 200 de tinere.

Unele din ele erau scunde, unele înalte, altele slabe, unele grase, brunete, roșcovane... dar nici una de talia și cu trăsăturile apropiate de Brigitte Bardot. În schimb, toate machiate ca vedeta. Din cele 200 de tinere, abia una prezenta trăsături apropiate cu cele ale vedetei.



Moda a fost și este, deci, inspiratoarea machiajului ; dar pentru ca acesta să fie perfect și să înfrumusețeze fața, trebuie să nu uităm că nu există un machiaj standard. Fiecare femeie trebuie să se fardeze ținînd seama de personalitatea ei, de nuanța tenului, a părului, de îmbrăcăminte, de momentul pentru care se machiază. Lumina electrică atenuează tonurile calde, trebuind folosite farduri și fond de ten de nuanțe mai închise decît în cursul zilei.

Sub influența luminii fluorescente machiajul este modificat. De exemplu, rujul de buze rubiniu apare violet. Fizicul persoanei respective, mediul social în care trăiește și își desfășoară activitatea sînt tot atîția factori care trebuie luați în considerație. De asemenea, vîrsta persoanei. Doctorița în cabinetul ei, avocata la bară, muncitoarea în fabrică, profesorul la catedră, oricît de încîntătoare ar fi ca persoane, ne-ar deranja să le vedem machiate ca un manechin sau ca o actriță care trebuie să intre în scenă. La fel de ciudat ne-ar apărea o persoană de 60 de ani îmbrăcată și machiată ca o tînără de 25 de ani.

A ne machia corect înseamnă a ne pune în valoare personalitatea. Fiecare ființă umană este un tip unic, fiecare femeie diferă de cealaltă.

Rețetele și indicațiile generale de îngrijire și machiaj trebuie adaptate cazului particular și fiecărei situații. Ele trebuie să ne folosească ca sursă de inspirație, pe care s-o interpretăm și să o adaptăm figurii noastre.

Nu există rețete sau produse cosmetice special fabricate pentru fiecare din noi, dar ele trebuie testate, adaptate fiecărui caz în parte. Să găsim stilul propriu al figurii și să nu copiem la întîmplare — pentru frumusețea noastră — frumusețea altcuiva.

Fiecare se naște frumos sau mai puțin frumos, dar cel lipsit de frumusețe de la natură se poate înfrumuseța, după cum o frumusețe naturală se poate deteriora numai și numai de dragul „modei".

În ceea ce privește moda, această dorință de schimbare care se manifestă continuu, în special la femei — la începutul unui sezon — nu trebuie adoptată decît dacă ni se potrivește. A-ți schimba coafura numai de dragul modei și după capriciile ei, a schimba o fizionomie plăcută și modestă nu este recomandabil.

Machiajul, ca și îngrijirea feței, face parte din viața femeii, dar aceasta nu înseamnă a-l folosi în mod excesiv. Machiajul nu trebuie aplicat ca o mască, ci trebuie să fie cît mai natural, cît mai plăcut la privit. Imaginea pe care o dă să fie cît mai armonioasă.

L. COSMOVICI, L. ZISU

DESEN DE
NIC. NICOLAESCU

MEDICOFABULĂ CU ACROSTIH

De ce a făcut riduri ursoaica

E clar, mă-ngraș ! — își zise ursoaica întristată
Văzîndu-și umbra rondă pe-o stîncă proiectată.
Ideala-mi siluetă s-a dus și mă gîndesc :
Teribil ar fi cazul să văd cum să slăbesc...
Ascultă-mă pe mine, îi spuse vulpea. Știi,
Ți-aș da eu o rețetă, numai să vrei s-o ții.
Iată și care este. La început, cum zic,
Mănînci doar o salată și altceva nimic.
Etapa cea de-a doua e-n ziua următoare :
Tot o salată verde, un măr și un ou tare.
O aripă de rață îți este-ngăduită
De ziua cea de-a treia, dar fiartă, nu gătită.
E greu, dar de continui și dacă nu amîni
Lași zece kilograme în două săptămîni.
Efectul este sigur, e cert, poți să mă crezi
Fără să mergi la doctor să te examinezi.
Ursoaica urmă sfatul și aplică rețeta
Lihnită, dar tenace să-și vadă silueta
Geometric revenită la linia dintîi,
Exact cum mai fusese, din creștet la călcîi.
Răbdă regimul drastic cu multă bărbăție,
Dar, ce să-i faci, o stare crescîndă de-astenie
Exasperant de iute, aproape incredibil,
Se instală, ursoaica simțindu-se oribil.
Lăsate fără hrană, țesuturile toate
Ăst neajuns l-avură : că, devitalizate,

Bolnave, începură pe loc
să-mbătrînească,
Inclusiv tenul, care porni să se
zbîrcească.
Răspundeți dumneavoastră : nu cel
mai greu necaz
E să te vezi de june cu riduri pe
obraz ?
. . . . . .
Morala ? O desprindeți rapid și
lesnicios
Din inițiale, dacă citiți de sus în jos.

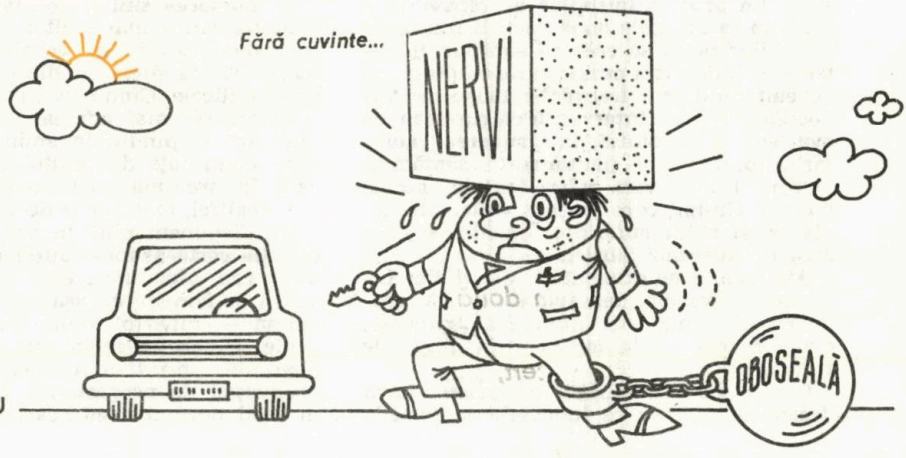
DR. AL. GHEORGHIU

DICȚIONAR
umoristic medical

Adolescență : vîrsta la care vrei să fii tratat ca un adult, deși te porți ca un copil.
Bătături : barometru cu... înțepături.
Bisturiu : briceag avansat în muncă.
Certificat medical : partea administrativă a bolii.
Cobai : pacient cu de-a sila.
Ebrietate : stare în care capul judecă cu picioarele, iar acestea își fac de cap.
Febră : încălzire centrală.
Limbă : armă cu cel mai lung tir din lume ; ceva care omoară mai mult decît sabia.
Longevitate : ceva care ține de ereditate, sănătate și inteligență.
Moarte ușoară : moartea altuia.
Monoclu : ochelar văduv.
Om : cel care înlătură din drum bolovanul de care s-a lovit.
Picioare : andrele pentru împletit pașii.
Sinucidere : accident mortal cu... autoservire.
Stetoscop : instrument cu care medicul trage cu urechea.
Suspin : rezumatul cuvintelor nemărturisite.
Vis : supliment nocturn.
Zimbet : rîs încuiat în casă.

Cules de dr. FLOREA MARIN
Cluj-Napoca

Fără cuvinte...



DESEN DE
NIC.
NICOLAESCU

SÎNII, o problemă ?

Au fost modelaţi de către sculptorii lumii antice, pictaţi mai apoi de către marii maeştri ai Renaşterii. I-au conturat, în corsajul opulentelor şi ultrasofisticatelor lor rochii, croitorii Parisului şi ai Versailles-ului. Devin oare azi sînii o preocupare de prim ordin şi pentru medici ?

Sînii, primii într-un univers cu care face cunoştinţă fiecare nou-născut de îndată ce a văzut lumina zilei, în graba-i de a-şi primi hrana, sînii, care conturează atît de armonios bustul femeii, riscă să devină un prilej de obsesii şi chiar coşmaruri pentru cea căreia îi conferă unul din cele mai minunate însemne ale maternităţii şi feminităţii ?

Devin sînii victimele indirecte ale suprasolicitărilor cărora femeia modernă le este supusă zi de zi ?

Dezechilibre neuroendocrine, nu foarte intense, de lungă durată însă, ce au la origine stresul adaptării femeii la viaţa trepidantă, de intensă solicitare, caracteristică secolului vitezei, se răsfrîng, din păcate, într-o măsură tot mai semnificativă, asupra stării sînilor acesteia.

Utilizarea abuzivă a antibioticelor, adeseori din propria iniţiativă a bolnavilor, a făcut ca în ultimele două decenii frecvenţa infecţiilor pielii să crească simţitor. Şi infecţiile sînilor, din perioada de alăptare, au devenit mult mai frecvente. Mastitele, îndeosebi, necesită intervenţii chirurgicale de evacuare a puroiului, întreruperea alăptării, aplicarea de pansamente, săptămîni la rînd. Nu ne vom referi însă la aceste boli ale sînilor, care creează suficiente neplăceri şi chiar suferinţe femeilor şi care aparţin îndeosebi lăuziei.

Afecţiunile neinflamatorii ale sînilor întîlnite la femeia negravidă implică probleme de diagnostic mult mai spinoase, evoluţie mai îndelungată, dificultăţi de tratament.

Cărţile de specialitate de acum cîteva decenii specificau că îndeosebi la femeile fără copii sau care nu au alăptat, în jurul vîrstei de 30 de ani, în zilele care premerg menstruaţiei, sînii pot deveni dureroşi. E aşa-numita *mastodinie*. La o parte dintre aceste femei, după aproximativ un deceniu, pot apărea noduli şi chiar chisturi la nivelul sînilor. Afecţiunea a fost în consecinţă denumită *mastoză fibrochistică*. În ce priveşte cancerul de sîn, literatura medicală ceva mai veche îl considera mult mai puţin frecvent, în comparaţie, mai ales, cu cancerul uterin. Cancerul de sîn era plasat, astfel, pe locul al 3-lea şi chiar al 4-lea, printre cancerele femeii. În bună parte, afirmaţiile de mai sus nu mai corespund însă realităţii. În prezent mastozele, cunoscute şi sub denumirile de *distrofii* sau *displazii mamare*, au devenit cele mai frecvente afecţiuni ale sînilor şi se întîlnesc la femei cu mult mai tinere. Se întîlnesc azi la femei a căror vîrstă este cuprinsă între 30 şi 50 de ani, dar şi mai timpuriu.

Durerile atrag cel mai adesea atenţia asupra mastozelor. Alteori nodulii caracteristici acestor afecţiuni sînt descoperiţi întîmplător de către femei sau sînt depistaţi de către medic cu ocazia unor controale efectuate pentru cu totul alte acuze.

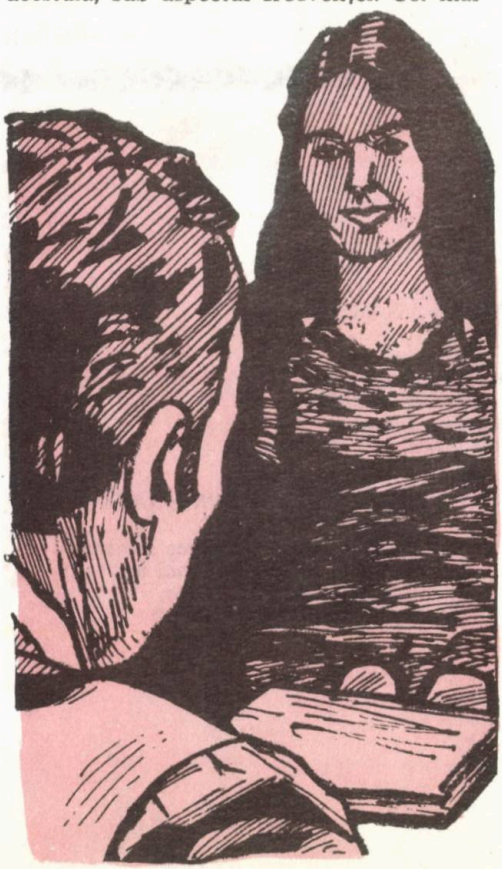
Durerile se instalează în zilele care precedă menstruaţiile. Alteori sînt aproape continue, iar apropierea menstrelor accentuează suferinţa femeii. Sînii sînt foarte dureroşi la palpare. Porţiunile lor exterioare din vecinătatea subsuoarelor sînt de obicei cele mai dureroase. Purtarea sutienului devine uneori un adevărat calvar şi chiar cea mai uşoară atingere a sînilor poate fi penibilă pentru femeie.

La palparea sînilor constatăm existenţa a unuia sau a mai multor noduli, ale căror dimensiuni şi consistenţă îi face foarte asemănători cu sîmburii de cireaşă sau cu alicele. Cînd sînt mai mulţi, cum se întîmplă cel mai adesea, aceşti mici noduli sînt răspîndiţi în amîndoi sînii. Sînt bine delimitaţi de ţesutul din jur, cresc uşor în preajma menstruaţiilor, cînd devin, dealtfel, mai intens dureroşi.

Nu dispunem pînă în prezent de o explicaţie certă asupra cauzelor mastozei. În orice caz, afecţiunea este mult mai frecventă la femeile cu aşa-zis exces de foliculină — hiperfoliculinie sau hiperestrogenie. Hiperestrogenia este adeseori doar aparentă, printr-o reducere, de fapt, a producţiei de progesteron, hormon care, în mod normal, contracarează o serie de

efecte ale foliculinei (estrogenilor). Femeile cu hiperestrogenie prezintă o gamă largă de acuze, mai ales în perioada premenstruală, nu numai tensiunea dureroasă a sînilor, ci şi balonamente, jenă şi chiar dureri abdominale, retenţie de lichide manifestată prin umflarea picioarelor, degetelor mîinilor, chiar creştere în greutate, cu mai multe kilograme. Ideea că hiperfoliculinia s-ar număra cel puţin printre cauzele favorizante ale mastozelor a condus la utilizarea progesteronului şi a derivaţilor lui în tratamentul afecţiunii. Se administrează progesteronul injectabil, în a treia decadă a ciclului menstrual, dar mai ales progestativele de sinteză, cum sînt Medroxiprogesteronul, Clormadinona sau Endometrilul. Aceste preparate, sub formă de tablete, se administrează din ziua a 15-a a ciclului menstrual, socotit din prima zi a sîngerării menstruale, timp de 7—10 zile. În raport cu intensitatea durerilor de la nivelul sînilor şi răspunsul lor la tratament, administrarea progestativelor poate fi extinsă la 15 şi chiar 20 de zile. În aceste cazuri, curele vor începe în a 10-a şi chiar a 5-a zi a ciclului menstrual.

Arătam mai sus că în o serie de ţări, cu o mare dezvoltare economică, se înregistrează o îngrijorătoare şi continuă creştere a frecvenţei cancerului de sîn. Acesta a depăşit prin numărul cazurilor de îmbolnăviri, chiar cancerul de col uterin, plasîndu-se pe primul loc, înaintea acestuia, sub aspectul frecvenţei. Cei mai pesimişti afirmă chiar că din 13 femei, una se va îmbolnăvi, mai tîrziu sau mai devreme, de cancer al sînului !



În legătură cu factorii ce se află la originea cancerului de sîn nu se cunosc prea multe lucruri. Se ştie însă că apare mult mai rar la femei ce au născut şi alăptat mai mulţi copii. Este în schimb frecvent la femeile a căror mame sau surori au suferit, la rîndul lor, de cancer de sîn. Transformarea canceroasă a nodulilor întîlniţi în mastoză nu a fost dovedită.

Medicina modernă are la dispoziţie, în cancerul de sîn, mijloace terapeutice cu o mare eficacitate. Tratamentul chirurgical, radiaţiile, medicaţia citostatică, preparatele moderne cu acţiune antihormonală conferă deplin succes, dacă sînt aplicate în stadiile de început ale bolii, dacă diagnosticarea acesteia a fost deci precoce.

Sînt unele semne care atrag de timpuriu atenţia asupra posibilităţii dezvoltării unui cancer de sîn. Apariţia unor scurgeri prin unul din sfîrcuri (mameloane), de culoare rozată şi mai ales sanguinolentă, prezenţa timp de luni şi chiar ani a unor leziuni mamelonare cu aspect de eczemă, decelarea de către femeie a unor noduli foarte duri, nedureroşi, în plin sîn, *impun de urgenţă controlul medical.* Pentru stabilirea naturii leziunii sînului, medicul va recurge la examene radiologice (mamografie), la studiul microscopic al secreţiei mamelonului, la termografie. Adeseori, însă, este necesară biopsia : extirparea chirurgicală a nodulului suspect şi analiza microscopică a lui, pentru a exclude sau a stabili, cu certitudine, natura lui canceroasă. Arătam mai sus că nodulii întîlniţi în mastoze nu degenerează în cancer. Prezenţa unui mare număr de noduli poate întîrzia însă diagnosticul unui cancer asociat, leziunea malignă pierzîndu-se printre aceştia. *Examinarea metodică, periodică, a femeilor suferind de mastoză, apare deci obligatorie.*

În diagnosticarea precoce a bolii, un rol deosebit îi revine femeii. Pentru orice femeie ce a depăşit vîrsta de 35 de ani, devine *obligatoriu examenul periodic, lunar, al sînilor,* efectuat de ea însăşi. Sînii vor fi examinaţi cu atenţie în faţa unei oglinzi. După inspectarea lor, vor fi palpaţi cu minuţiozitate. Fiecare sîn va fi palpat cu degetele mîinii opuse, în timp ce braţul de partea sînului examinat va atîrna pe lîngă trunchi. Examinarea va fi efectuată în una din zilele premergătoare menstrelor, dacă femeia nu se află în menopauză. Dacă prin această *autoexaminare femeia depistează o modificare cît de cît suspectă la nivelul unuia din sîni, prezentarea la medic, în cel mai scurt timp, devine obligatorie.*

DR. **N. CRIŞAN**
Spitalul clinic al municipiului Bucureşti

Anomalii ale corpului omenesc

• *Ing. Michael Stevis, din orașul Manchester (Anglia), are o neobișnuită „însușire". Atunci cînd dă mîna cu cineva, se produce o descărcare electrică atît de puternică, încît îl scutură destul de serios pe partener. Misterul „omului electric", așa cum a fost botezat, nu a putut fi dezlegat.*

• *O situație similară s-a întîlnit tot în Anglia, la Londra, de data aceasta fiind vorba de o femeie, doamna Elizabeth Clifford. Ca urmare a unui accident de automobil, fără urmări grave, ea a rămas cu o însușire neobișnuită : cînd sărută pe cineva se produce și o ușoară descărcare electrică pe obrazul celui sărutat.*

• *În urma unui examen radiografic s-a constatat că Antonio Ramirez, un copil din provincia Toledo (Spania), are inima situată în partea dreaptă, apendicele în stînga, multe alte organe ale corpului său fiind, de asemenea, situate cu totul anormal.*

• *Învățătorul iranian Mahmed Vazui s-a născut cu 4 rinichi, cu inima și splina localizate în partea dreaptă a corpului și fără apendice.*

• *În 1881 a murit cetățeanul american Izechill Edss, care s-a născut fără urechi. Toată viața el a putut auzi numai cînd ținea gura deschisă.*

• *Italianul A. Abulio, prezentîndu-se la Biroul de recrutare, în 1884, a fost declarat inapt pentru serviciul militar, fiind suferind de inimă. Medicii i-au acordat cel mult un an de viață. Spre stupefacția tuturor — și mai ales a medicilor — Abulio a trăit cu mult peste 100 de ani.*

• *Americanul Fanny Williams din Stonewall (Misissippi) a simțit o durere violentă de dinți. Consultînd un stomatolog, acesta a constatat că bătrînului începuse să-i crească cea de a treia serie de dinți.*

• *Un caz similar, însă de mai mică intensitate, s-a petrecut și cu italianca Parasca Giovanna care, la 58 de ani, a rămas fără dinți. Spre surprinderea tuturor, la 78 de ani, în urma unor dureri atroce, i-au crescut 4 dinți.*

I. MURGAN

CATRENE

CHIRURGULUI CARE POARTĂ MASCA NUMAI PE GURĂ, NU ȘI PE NAS

Numai gura e nocivă,
Că vorbești mai „decoltat" ;
Nasu-i liber pentru... fler
Și-l socoți „sterilizat" ! ?

RĂSPUNS LA URĂRILE UNUI MEDIC

Mulțumescu-ți, dragă frate,
Că mă vrei mereu „flăcău" ;
Dar urează-mi sănătate,
Fără ajutorul tău.

FRAGMENT DE SCRISOARE

...l-am văzut și-mi place strașnic,
Iar prin cap îmi trec mai multe...
Vezi ce boală am nevoie,
Ca să merg să mă consulte ? !

DR. GH. ROMANESCU

STERILITATEA cuplului

DR. **MARIANA DUMITRACHE,**
medic primar
Institutul de endocrinologie

Sterilitatea cuplului reprezintă o problemă cu largi implicații sociale, demografice, familiale. Putem defini *cuplu steril* acel cuplu în care nu apare sarcina la femeie într-o perioadă de 1–2 ani de coabitare, în absența oricăror practici de contracepție.

Datele statistice sînt foarte variate. După unii autori, prima sarcină apare la 15% din cupluri în primul an, la 50% în al doilea an și la 12% în al treilea an.

Sterilitatea cuplului poate fi clasificată în :

– *voluntară*, cînd se folosesc metode anticoncepționale locale – chimice sau mecanice – sau pe cale generală – combinații hormonale estroprogesteronice ;

– *artificială*, temporară sau definitivă, așa cum apare în ligatura trompelor la femeie, a canalelor deferente la bărbat, după iradiere cu raze X etc.;

– *patologică*, apărută drept consecință a unor maladii generale sau de tract genital.

Studiile și statisticile publicate în problema sterilității conjugale au evidențiat că un procent de 40% se datorește factorului masculin. Aceasta a determinat ca investigațiile pentru stabilirea etiologiei sterilității să înceapă cu *spermograma*.

Cauzele sterilității

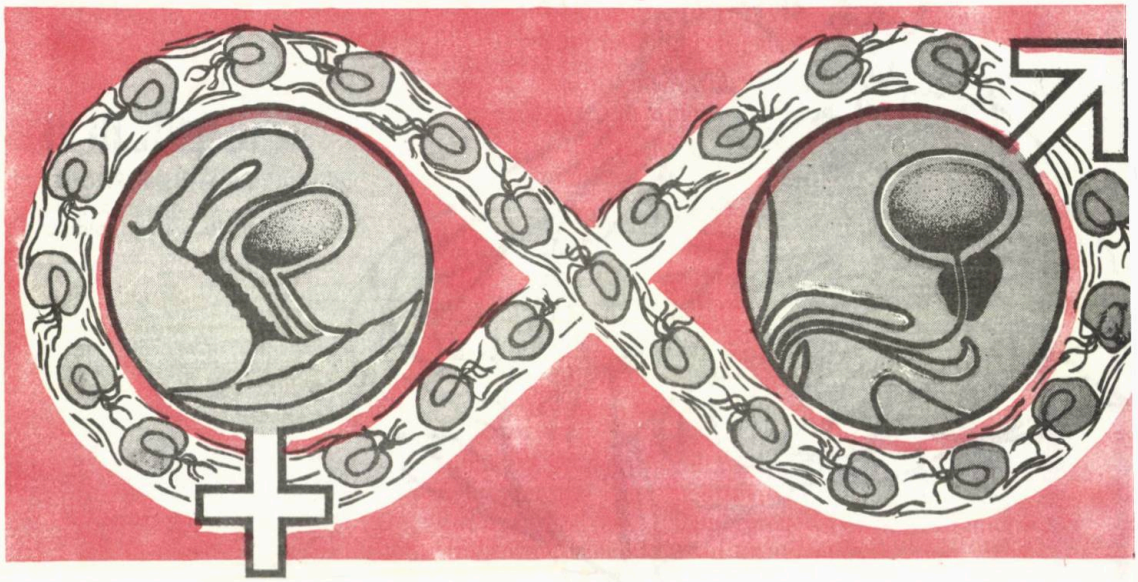
A. *La bărbat* sterilitatea poate fi datorită fie alterării procesului de spermatogeneză (incapacitatea organismului de a produce elemente fecundante), fie imposibilității elementelor fecundante de a deveni fecunde.

Alterarea procesului de spermatogeneză poate apărea în cazul leziunilor primitiv testiculare, congenitale sau dobîndite, ca în diferite boli genetice (sindrom Klinefelter, mongolism etc.), sau în cazuri de traumatisme, tumori, iradieri, carențe vitaminice (în special vitamina E), infecții (în special infecția urliană), varicocel. De asemenea, testiculul poate fi lezat secundar, consecința fiind alterarea procesului de spermatogeneză cu sterilitate, așa cum se întîmplă în boli endocrine – ale hipofizei, tiroidei, corticosuprarenalei –, boli metabolice – diabet, obezitate –, boli infecțioase acute sau consomptive – tbc., neoplazii –, intoxicații, carențe alimentare etc.

O a doua cauză importantă de sterilitate la bărbat este reprezentată de imposibilitatea de fecundare în prezența unui testicul normal. Aceasta apare în cazul leziunilor inflamatorii – epididimite, deferentite, prostatite etc.

Sterilitatea masculină poate fi *definitivă*, ca în cazul leziunilor testiculului, sau *tranzitorie*, așa cum este întîlnită în nevroze, stări febrile etc.

B. *La femeie* sterilitatea poate fi *congenitală* sau *dobîndită*. Sterilitatea feminină se poate datora bolilor aparatului genital, ca: malformații congenitale (agenezii vaginale, uterine, uter bicorn, septat, hipoplazii, uterine etc.), leziunilor inflamatorii, traumatice, tumorale, cicatriceale (sinechii ale colului, cavității uterine etc.).



O cauză specială de sterilitate este prezența incompatibilității dintre gleră cervicală (mucus) și spermă, cu apariția de anticorpi antispermatici în gleră.

După patologia tractului genital, tulburările endocrine sînt incriminate cel mai frecvent. Astfel, sterilitatea este prezentă în agenezii, disgenezii sau hipoplazii ovariene, cînd ovogeneza (producerea de ovule) este alterată. În cazul insuficienței de hormoni estrogeni sau progesteron, apare sterilitate, de multe ori însoțită de infantilism genital.

O mențiune specială pentru sterilitatea din sindromul Stein-Leventhal – ovarită polichistică cu virilism pilar – care, într-un număr remarcabil de cazuri, se rezolvă prin intervenția chirurgicală.

O serie de boli endocrine, ca : insuficiența tiroidiană, tireotoxicoza, insuficiența suprarenală, boala Cushing, diabetul zaharat, obezitățile masive etc. determină sterilitate prin tulburări metabolice generale și ovariene.

Nu trebuie uitată sterilitatea din bolile genetice (sindrom Turner, sindrom Morris etc.), cea din psihonevroze etc.

Sterilitatea cuplului poate fi evaluată după o anamneză minuțioasă a partenerilor și după efectuarea unor examene medicale strict necesare : spermatograma – la bărbat, examenul ginecologic – la femeie și curba temperaturii bazale (care evidențiază existența sau inexistența ovulației).

În sterilitate, examenele endocrin și endocrino-ginecologic trebuie efectuate sistematic ; de asemenea, se fac (diferențiat) dozări ale hormonilor gonadotropi, estrogeni, pregnandiol (la femeie) și testosteron (la bărbat).

Restul conduitei medicale se fixează în cabinetele specializate de combaterea sterilității.

Prognosticul sterilității depinde de vîrsta partenerilor, de etiologia sterilității, de vechimea ei, de alegerea tratamentului, de seriozitatea acestuia și este relevant numai după ce s-a efectuat un bilanț medical complet, al ambilor soți.

menopauza

DR. **IOAN RĂDULESCU,**
medic primar
Şeful secţiei obstetrică-ginecologie,
Spitalul clinic Filantropia

Menopauza sau *climacteriul* este complexul de fenomene care însoţesc încetarea activităţii ovarului. Menopauza, ca şi alte fenomene din viaţa femeii, nu constituie un moment, ci o epocă, o etapă care este cuprinsă între activitatea sexuală şi cea de repaus al procreaţiei. Vîrsta instalării menopauzei este între 46 şi 55 de ani.

Menopauza normală, fiziologică, se poate instala brusc, fără fenomene premonitorii. Aceasta este menopauza într-un singur timp. Obişnuit însă, instalarea menopauzei este precedată de o stare premergătoare, concretizată prin neregularităţi menstruale, cînd polimenoreea alternează cu amenoreea. Această perioadă premonitorie poate să dureze 1—4 ani, constituind perioada de *premenopauză*.

În evoluţia menopauzei sînt cunoscute 3 faze hormonale importante în scopul orientării tratamentului amendării tulburărilor, urmate de cea de-a 4-a fază — bătrîneţea — epocă de repaus genito-hormonal complet.

Faza 1, concretizată prin exces hormonal (polifoliculină), se instalează către sfîrşitul maturităţii sexuale, fază în care estrogenii sînt secretaţi în exces şi în care ciclurile anovulatorii alternează cu cicluri normale şi tulburări menstruale prin insuficienţă sau prin exces.

Faza a 2-a, concretizată prin scăderea factorului foliculinic, începe cînd secreţia ovarelor devine insuficientă pentru refacerea mucoasei uterine. În această fază, care durează cîţiva ani, menstruaţiile sînt absente.

Faza a 3-a este concretizată prin mari dereglări manifestate de senescenţa continuă. Această dereglare hormonală, care devine permanentă, conduce la instabilităţi neurovegetative, iar hormonii scad treptat, pe măsură ce senescenţa se instalează. Această fază durează, în general, mulţi ani.

Cea de-a 4-a fază sau bătrîneţea se caracterizează prin dispariţia completă sau aproape completă a oricărei funcţii genito-mamare sau hormonale — stadiul involuţiei.

Menopauza poate fi normală, în raport cu vîrsta la care se produce şi cu liniştea care întovărăşeşte trecerea de la activitatea genitală la încetarea acesteia. Perioada de trecere se însoţeşte de un dezechilibru neurovegetativ şi psihic, care, în anumite condiţii de mediu extern sau intern, se poate exagera. Datorită acestor situaţii pot apărea cauze care să favorizeze evoluţia unei menopauze patologice.

Tulburările cele mai frecvente ale menopauzei sînt :

— tulburările menstruale ;
— tulburările neurovasculare ;
— tulburările de metabolism ;
— tulburările nervoase ;
— tulburări în sensul modificărilor anatomice.

Tulburările menstruale se caracterizează prin scurtarea sau, dimpotrivă, prin prelungirea intervalului dintre menstruații. Alteori menstruațiile devin cantitativ reduse sau foarte abundente, astfel că femeia nu mai poate preciza data apariției, durata și cantitatea sîngerărilor menstruale.

Hemoragiile uterine sînt frecvent întîlnite în menopauză și au origine hormonală. Hemoragiile uterine de menopauză alternează uneori cu perioade de amenoree.

Deoarece menopauza este și etapa din viața femeii cînd pot apărea hemoragii produse de unele boli, este bine ca femeia să consulte medicul specialist ginecolog în vederea precizării originii hemoragiei.

Tulburările neurovasculare, caracterizate printre altele și de valuri de căldură (bufeuri), constituie semnul tipic al instalării menopauzei. Valurile de căldură sînt concomitente cu tulburările de menstruație, sînt supărătoare pentru femeie și apar, de multe ori, în cursul aceleiași zile. Valurile de căldură se însoțesc de roșeața pielii, în special pe piept și pe față, de transpirații și de o stare de neliniște, toate acestea însoțite și de palpitații și vîjîieli în urechi.

Alteori, femeia acuză senzație de frig, sudori reci, paloarea feței, leșinuri, accelerarea bătăilor inimii, tulburări de respirație, dureri cardiace, manifestări ale scăderii funcției ovariene cu instabilitate psihonervoasă.

Creșterea tensiunii arteriale și cardiopatiile valvulare sînt agravate de menopauză, mai ales la femeile pletorice (cu o greutate mai mare).

Îngrășarea se accentuează în special la menopauză și este caracterizată prin depuneri de grăsime mai ales pe sîni, coapse, regiunea fesieră, ceafă, bărbie, abdomen. Alteori se produc la menopauză scăderi importante în greutate. În general, însă, greutatea și volumul femeii la menopauză rămîn aproximativ aceleași sau cu modificări nesemnificative.

Este important de reținut că menopauza stimulează procesele de osteoporoză și reumatismul, precum și hipertiroidia basedowiană, virilismul și diabetul zaharat.

Perioada menopauzei în viața femeii se caracterizează, din punct de vedere neuropsihic, prin emotivitate, iritabilitate, capricii, susceptibilitate, fobii, pesimism și descurajare. Alteori, în cazuri cu evoluție mai severă, femeia prezintă reacții maniacale manifestate prin gelozie, erotomanie, ipohondrie și agravarea unor boli psihice preexistente.

În menopauza normală, femeia își păstrează intacte facultățile intelectuale și comportamentul.

Odată cu instalarea menopauzei apar și unele transformări morfologice și somatice cu evoluție îndelun-

gată. Astfel se produce îngroşarea trăsăturilor feţei şi a siluetei, atrofia mamară, care duc la atenuarea tipului feminin. În cadrul acestor manifestări apare uscarea şi îngroşarea pielii, a ridurilor şi dezvoltarea perilor la buze şi bărbie. Organele genitale se atrofiază progresiv, iar glanda mamară suferă o involuţie a ţesutului glandular în favoarea celui grăsos, care se dezvoltă. Către sfîrşitul menopauzei îşi face apariţia senescenţa (îmbătrînirea), prin modificări psihofizice. Modificările privind pielea, trăsăturile obrazului, privirea, mersul sînt transformări generate de îmbătrînire. Concomitent cu aceste modificări fizice apar transformările psihice, subiective, caracterizate prin melancolia involutivă a femeii.

Această etapă din viaţa femeii este dominată de fenomene rezultate prin stingerea funcţiei genitale.

Regulile de igienă şi măsurile de profilaxie împotriva îmbolnăvirilor la vîrsta menopauzei trebuie să fie îndreptate, în primul rînd, împotriva stingerii sau, mai bine zis, a dereglărilor nervoase şi endocrine din această perioadă, cu atît mai mult cu cît se ştie că femeia este mai mult afectată acum de unele boli genito-mamare.

În afară de tulburările neuroendocrine care au fost expuse anterior, pot să apară şi altele, legate de procesele degenerative atrofice, ca o consecinţă a sistării activităţii endocrino-genitale în viaţa femeii.

Din punct de vedere psihonervos, manifestările pe care le are femeia trebuie interpretate cu mult discernămînt, dîndu-li-se un tratament adecvat şi foarte bine condus, sub observaţie medicală, ştiut fiind că tulburările de menopauză au o cauză bine definită, în funcţie şi de structura nervoasă şi psihică a fiecărei femei.

ANDROPAUZA

Ca şi femeia, şi bărbatul străbate în cursul vieţii o perioadă critică, care se situează în jurul vîrstei de 50 de ani, uneori mai devreme, alteori mai tîrziu, şi care constă în apariţia unor tulburări nervoase, psihice şi organice. Denumirea de andropauză, utilizată în mod curent, este un termen impropriu, care desemnează suprimarea funcţiilor genitale la bărbat prin analogie cu menopauza la femeie, eveniment marcat prin sistarea secreţiilor ovariene. În realitate, glandele genitale masculine nu-şi întrerup activitatea, ele continuînd, în condiţii de sănătate, să funcţioneze pînă la vîrste înaintate, bineînţeles cu un randament mai scăzut. Manifestările bărbatului la vîrsta andropauzei diferă de la individ la individ, simptomele şi intensitatea lor fiind determinate de numeroşi factori. Astfel, moştenirea familială, factorii de mediu, suprasolicitarea, stresul, profesia, genul de viaţă deţin din acest punct de vedere un loc de seamă. Într-un fel se va comporta bărbatul care a dus o viaţă cumpătată, sănătoasă, cu multe ore petrecute în aer liber, altfel vor reacţiona obezii sau cei cu viaţă seden-

tară. Intense şi neplăcute pot fi urmările pentru cei care au avut viaţă dezordonată sau intoxicaţii cronice cu tutun sau alcool, după cum altfel vor suporta rigorile vîrstei cei cu tare familiale sau suferinzii de boli cronice.

Este greşit să se considere andropauza ca un declin inerent, fizic şi intelectual, cînd de fapt este doar o perioadă de tranziţie, de readaptare a organismului la cerinţele altui deceniu de viaţă. Bineînţeles, ca orice altă etapă fiziologică, cea de a 5-a decadă are avantajele şi inconvenientele sale. Dacă pentru mulţi este o perioadă de împlinire, de culminare a personalităţii, cînd puterea de muncă, forţa creatoare şi cea intelectuală sînt în plină desfăşurare, nu este mai puţin adevărat că tot acum pot apărea fenomene supărătoare, neplăcute pentru individ. Astfel, rezistenţa fizică scade ca urmare a creşterii în greutate, a lipsei de antrenament, sau, pur şi simplu, a sedentarismului. Bărbatul constată că oboseşte uşor, gîfîie cînd urcă scările sau cînd merge prea repede. Sînt de reţinut îndeosebi tulburările nervoase care antrenează deseori schimbări de comportament. Irascibilitatea şi anxietatea nemotivată sînt printre primele semne care atrag atenţia celor din jur. Mulţi bărbaţi devin morocănoşi, sîciitori, legîndu-se de lucruri lipsite de importanţă. Îşi pierd răbdarea pentru acţiuni care altădată îi atrăgeau sau îi pasionau. Veşnic nemulţumiţi şi lipsiţi de simţul humorului, sînt uneori greu de suportat la serviciu sau acasă. Unii se plîng de insomnii sau au somnul întrerupt, agitat, însoţit deseori de transpiraţii, palpitaţii şi chiar stări depresive. Uneori interesul pentru probleme intelectuale scade, puterea de atenţie şi concentrare de asemenea, reţin mai greu.

Numeroase studii consacrate andropauzei (denumită şi climacteriu masculin) au arătat că în realitate, de la naştere şi pînă la sfîrşitul vieţii, organismul uman este într-o permanentă prefacere, traversînd mai multe etape critice, în cursul cărora se structurează, se modelează, se dezvoltă şi involuează. Vîrstele de 3 ani, 7 ani, 18 ani şi 50 de ani sînt cîteva din etapele importante prin care trece individul. Efectele înaintării în vîrstă se observă mai ales la nivelul creierului, muşchilor şi vaselor. Pare ciudat, dar este fapt dovedit că forţa musculară, care atinge apogeul la tineri, începe să scadă treptat, începînd de la 30 de ani. De asemenea, procesele de arterioscleroză, care sînt apanajul vîrstnicilor, se instalează şi ele destul de devreme, chiar la vîrste tinere. În aceste cazuri modificările regresive ale pereţilor vasculari sînt evidenţiate doar la examenul histologic.

Deosebit de instructive sînt observaţiile oamenilor de ştiinţă după care creierul şi muşchii se uzează cu atît mai lent cu cît aceste organe şi ţesuturi sînt mai bine întrebuinţate în cursul vieţii. S-a constatat că utilizarea armonioasă şi zilnică a unor funcţii previne pierderea lor prematură. Pierderea forţei musculare este vădit mai lentă la muncitorii manuali decît la intelectuali, după cum funcţiile mintale slăbesc mai greu la cei cu activitate intelectuală susţinută. Multă vreme s-a crezut că andropauza, ca şi menopauza, se datoreşte, în primul rînd, dezechilibrului endocrin. Or, datele de hormonologie modernă au precizat că scăderea funcţiilor testiculare la bărbat nu are nicidecum amploarea celor de la femeia la menopauză. Există desigur o scădere uşoară, progresivă, a secreţiei de hormoni masculini, scădere care antrenează o creştere moderată a hormonilor hipofizari, care controlează starea organelor genitale, dar aceste modificări uşoare nu explică intensitatea unor tulburări. Mai importantă este scăderea răspunsului unor glande la stimulii specifici, ceea ce dovedeşte o lentoare (încetinire) a reacţiilor hormonale, pe măsura înaintării în vîrstă. În activitatea testiculelor se deosebesc două funcţii distincte : reproducerea şi funcţia endocrină, aceasta din urmă constînd în sinteza şi secreţia de testosteron. Or, numeroase studii au remarcat un fapt surprinzător, şi anume că funcţia de procreare a bărbatului este puţin afectată de vîrstă, putîndu-se menţine şi la 90 de

ani, procesul de spermatogeneză fiind totuşi mai scăzut. Paralel, activitatea endocrină a testiculului, secreţia de testosteron, scade treptat şi nu spectacular, în comparaţie cu funcţia ovariană la femei. La unii bătrîni s-au găsit chiar valori ale testosteronului în sînge întocmai ca la tineri. De unde şi afirmaţia că nu anii calendaristici sînt cei care contează, ci vîrsta biologică, felul în care fiecare îşi poartă anii. Dealtfel, viaţa de toate zilele ne oferă numeroase exemple, ca de pildă oameni care par „bătrîni" la 50 de ani şi alţii încă „tineri" la 75 de ani.

O problemă mereu actuală este cea a scăderii potenţei sexuale. De cele mai multe ori problemele sexuale nu pot fi explicate numai prin deficitul endocrin, care am văzut că este moderat şi inconstant. Scăderea apetitului sexual, pierderea erecţiilor în timpul raportului sexual, ejaculările rapide sînt inexplicabile şi mai ales neplăcute pentru bărbatul încă în plină putere. Experienţa a arătat că în patogenia acestor tulburări sexuale sînt incriminate adesea o serie de boli organice care se manifestă cu predilecţie la această vîrstă, ca : afecţiuni cardiovasculare (hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică, ateroscleroză), metabolice (obezitate, diabet) sau urogenitale (adenom de prostată etc.).

Diabetul zaharat, care apare frecvent la această vîrstă la gurmanzi şi la consumatorii de dulciuri, debutează deseori cu pierderea potenţei sexuale. Hipertensiunea arterială şi ateroscleroza, care au la bază tulburări circulatorii, se resfrîng asupra calităţii actului sexual şi a puterii erectile, erecţia fiind un proces predominant vascular. Adenomul de prostată este o altă afecţiune strîns legată de climacteriu masculin. Frecvenţa sa creşte după 40 de ani. Se apreciază că la 70 de ani 50% din bărbaţi au hiperplazie (creştere exagerată) nodulară a prostatei. Modificările de volum ale glandei s-ar datora metabolizării anarhice a hormonilor sexuali. În afara tulburărilor urinare, dereglările sexuale însoţesc deseori suferinţa prostatei.

Cum pot fi combătute toate aceste inconveniente ale vîrstei ? Metodele cele mai eficace sînt, desigur, cele preventive. Prevenire înseamnă înlăturarea din vreme a factorilor patologici, începînd de la vîrstă adultă şi chiar mai devreme, cînd procesele de involuţie a ţesuturilor sînt abia la început. Terapia hormonală cu preparate androgene este deseori salutară în insuficienţele sexuale, testosteronul avînd, totodată, şi numeroase alte efecte asupra organismului : creşte puterea de muncă, reduce starea de oboseală fizică şi intelectuală, scade irascibilitatea şi nervozitatea, înlătură stările depresive, producînd adesea o stare de bună dispoziţie. Are efect anabolic asupra musculaturii şi binefăcător asupra structurilor osoase. După o anumită vîrstă preparatele hormonale androgene nu pot fi administrate însă decît cu prescripţie medicală, dat fiind contra-

indicațiile acestora în unele afecțiuni ale prostatei.

De o deosebită importanță pentru menținerea vreme îndelungată a forțelor fizice și mintale este asigurarea unor activități plăcute, de destindere, în timpul liber. Activitatea fizică (mișcare, sport etc.) sau preocupările intelectuale distractive, evitarea drogurilor, a abuzului de tutun și alcool la cei cu ascendență morbidă (boli metabolice și cardiovasculare) sînt doar cîteva din recomandările de care trebuie să țină seama oricine vrea să-și prelungească viața.

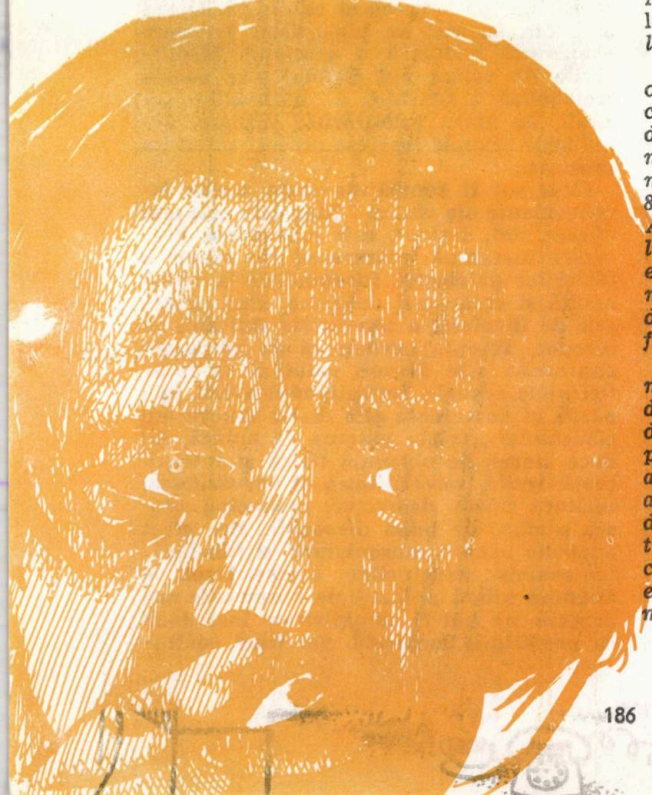
MADELEINE MĂICĂNESCU-GEORGESCU
doctor în medicină
Institutul de endocrinologie

Întrebări și răspunsuri

Ce se credea despre fumat în anul 1836

Samuel Green, în New England almanach and farmer's friend, *apărut în anul 1836, se întreba și își întreba cititorii :*

„Cum se poate ca mii și mii de oameni să fumeze cînd se știe că tutunul omoară insectele, că mii și mii de persoane mor de boli pulmonare provocate de tutun și că tutunul este o otravă ? Infuzia de tutun este un mijloc de sinucidere, ca și un glonte în cap. Cum poate fi binefăcătoare inhalarea acestui narcotic puternic care provoacă senzația de amețeală și de somnolență ? A fuma înseamnă a arde gura, ceea ce provoacă o secreție neîncetată de salivă, acest lichid atît de important pentru digestie. Fumatul irită ochii, dă un miros neplăcut gurii, provoacă sete. Se va ajunge ca omenirea să se obișnuiască cu această modă nouă, ca fumătorii să fumeze în continuare liniștiți, otrăvindu-se și otrăvind pe cei din jur ? Cum nu se recunoaște, totuși, că obișnuința de a fuma este nocivă și respingătoare ?"



...Și ce se știe despre fumat după 147 de ani

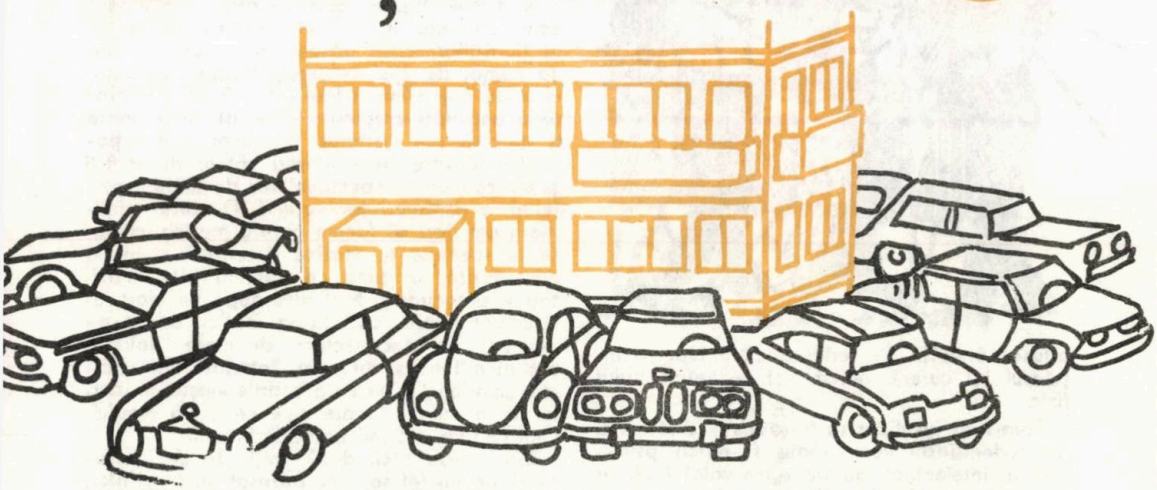
Într-una din publicațiile Organizației Mondiale a Sănătății (Forum mondial de la santé), găsim următoarele răspunsuri *la întrebările lui Samuel Green :*

„Obișnuința de a fuma s-a răspîndit ca o epidemie. Bolile cele mai frecvent asociate întrebuințării țigaretei sînt cancerul de plămîn, bronșita și emfizemul, ischemia cardiacă și alte tulburări ale sistemului vascular. Aceste boli contribuie cu 80 de procente la mortalitatea excedentară. Alte boli, precum cancerul de buză, de limbă, de gură, de laringe, de faringe, de esofag și de veziculă (biliară), sînt mult mai frecvente la fumători. Ulcerul gastroduodenal este de două ori mai frecvent la fumători".

„În țări în care fumatul are răspîndire mare, acest obicei este cauza a 90% din decesele prin cancer pulmonar, 75% din decesele prin bronșită și 25% din decesele prin ischemie cardiacă (la vîrste sub 65 de ani). Pentru femei fumatul pune încă și alte probleme, în special pentru perioada de sarcină : avorturi spontane, scurtarea timpului de sarcină, complicații ale sarcinii și nașterii. Bronșita și pneumonia este de două ori mai frecventă la copiii mici cu mame fumătoare".

DR. GH. ROMANESCU

DIN SECRETELE ACOMODĂRII CU SOLICITĂRILE VIEȚII MODERNE



Un neologism cu largă circulație și greu de evitat, fiind practic intraductibil, este și substantivul *stres*. Îl întîlnim deseori, fie ca atare, fie derivîndu-se din el adjectivul *stresant* sau verbul a *stresa*. În vorbirea uzuală stresul semnifică de obicei ceva rău, un traumatism psihic, un factor producător de tensiune nervoasă și care pune organismul în inferioritate.

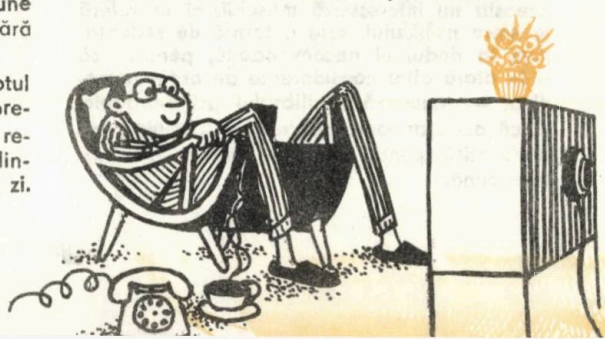
Însă, în accepția largă a noțiunii, prin stres se înțelege orice solicitare la care este supus organismul uman. Gama solicitărilor are o nesfîrșită întindere. Există solicitări și solicitări, un rol de seamă jucîndu-l forța acestora. Evident, suprasolicitările, cu gradul lor de intensitate și cu efortul de adaptare pretins organismului, constituie o nocivitate, un factor de risc în producerea multor îmbolnăviri, cum ar fi, de exemplu, hipertensiunea arterială sau ulcerul gastric. Dar normalul se află undeva la mijloc. Cu alte cuvinte, nici absența solicitărilor, nici subsolicitarea nu sînt favorabile. Savantul canadian Hans Selye, deci chiar cel care a lansat termenul în fiziopatologie, a arătat că stresul, departe de a fi totdeauna un rău, reprezintă o necesitate pentru organism. Ba chiar — o spune tot Selye — viața ar fi greu de imaginat fără intervenția stresului.

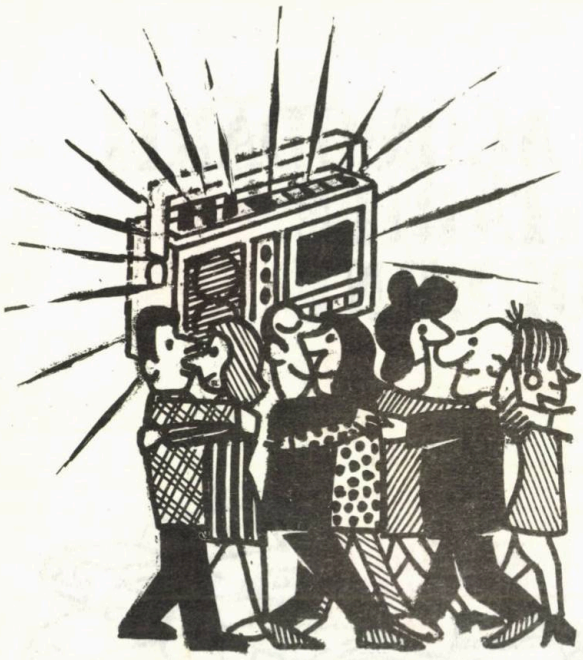
Această din urmă afirmație este cu totul demnă de reținut, pentru că ea oferă o prețioasă orientare în vederea unei eventuale reconsiderări a atitudinii față de gesturi dintre cele mai obișnuite ale vieții de fiecare zi.

Două forme de sedentarism

Lăsînd la o parte suprasolicitările, să ne oprim la solicitările medii, la stresul util, în sensul amintit cu cîteva rînduri mai sus. După direcția lor, sînt în primul rînd de considerat solicitările fizice. O particularitate indusă de viața modernă, se știe, o constituie cadrul creat de mecanizarea, automatizarea și cibernetizarea proceselor de producție, precum și de creșterea confortului vieții cotidiene. Acest cadru deschide drum subsolicitării fizice. Răul se accentuează de cîte ori intervine comoditatea. Este vorba în cazul de față de comoditatea de a ocoli gimnastica de dimineață, de a nu merge pe jos măcar două stații de autobuz, de a lua liftul fie și pentru un etaj sau două, de a concepe drumeția prea exclusivist, pe fotoliul automobilului, și de a alege pentru ascensiuni doar înălțimile la care conduc cablurile teleferi-cului.

O lungă listă de boli metabolice și degenerative, începînd cu afecțiunile cardiovasculare și continuînd cu obezitatea, diabetul, reumatismele zise degenerative și multe altele, vine să aducă mărturie pentru daunele





aduse sănătății de sedentarismul luat în înțelesul lui curent, adică al sedentarismului fizic.

Pare însă justificat să fie adus în discuție și un sedentarism care poate fi numit psihic, mintal, intelectual. Să fie oare valabil că ar exista și un astfel de sedentarism ?

Poate se va zice că nu. Și drept argument se va arăta că dacă se vorbește astăzi atît de mult despre sedentarism, este și ca o consecință a deplasării tot mai accentuate a efortului de la sistemul muscular către sfera mintală, a intelectului, ca efect al progreselor civilizației. Solicitările adresate intelectului nu numai că nu scad, cum se întîmplă cu cele pur fizice, ci dimpotrivă, se multiplică, se diversifică neîncetat și nu ne putem plînge că le ducem lipsa.

Este, fără îndoială, adevărat. Procesul de intelectualizare a muncii, în toate domeniile de activitate, este o realitate îmbucurătoare a epocii noastre. Merită însă toată atenția următorul aspect : se întîmplă ca solicitările adresate intelectului să se rezume la ceea ce pretinde rutina activității profesionale. Mare parte din ele, tocmai prin faptul că au devenit rutiniere, se repetă zi după zi. Prin această repetare, ele își pierd, pînă la anulare, din forța lor ca stimuli. Dacă se întîmplă să nu vină în completare alți stimuli, se ajunge, de asemenea, la o stare de subsolicitare. Sub acest unghi, așadar, se poate vorbi despre un risc de sedentarizare, care de data aceasta nu interesează mușchii, ci se referă la sfera psihicului. Este o formă de sedentarism la rîndul ei neconvenabilă, pentru că — în afara altor considerente de ordin nemedical — dăunează echilibrului psiho-organic, strică acea armonie dintre fizic și mintal, caracteristică pentru ceea ce numim o sănătate bună.

Nu, sedentarismului psihic!

După cum se vede, omul societății moderne, la fel cum are nevoie să cultive mișcarea, este interesat să caute mereu și pentru intelectul său solicitări care să-l scoată din rutină, din cotidian, solicitări care să fie, în același timp, agreabile și interesante.

Și dintre cîte nu este de ales ! Un model demn de imitat îl oferă neobositii investigatori ai librăriilor, care găsesc în lectură o cale nu numai de a-și îmbogăți bagajul cultural, ci și de a-și stimula intelectul, în folosul propriei activități creatoare. Același lucru poate fi spus despre vizitarea muzeelor și a expozițiilor, despre frecventarea sălilor de teatru și de concert, a spectacolelor de diferite alte feluri, a conferințelor ș.a.m.d. O scurtă subliniere am dori să facem pentru muzică, cu referire specială la muzica *ascultată*, și nu la cea *auzită*, în timp ce domină alte activități și preocupări. Mai ales după un efort intelectual intens, ascultarea muzicii aduce un moment de deconectare de mare valoare pentru odihnă și refacere. Totodată, prin trăirea emoțională pe care o prilejuiește, muzica își dă mîna cu toate cele ce oferă omului, cum se zice, o bună hrană spirituală.

Este vorba aici, dacă vreți, de un „culturism" de un fel special, adresat nu mușchilor, ci creierului. Desigur, acest culturism nu va

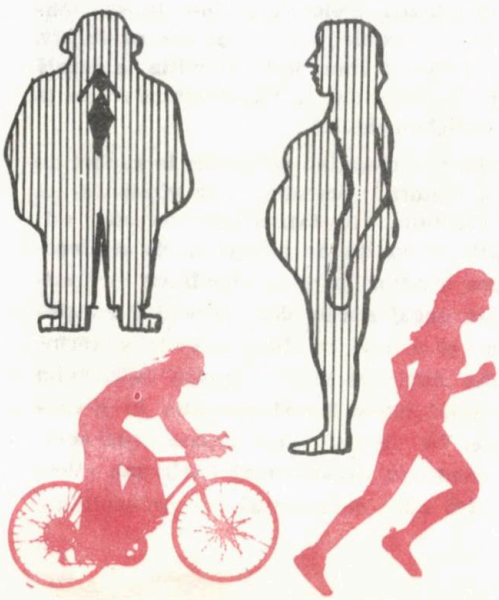
face capul să fie de două ori mai mare, dar va ajuta sistemul nervos să fie de două și chiar de mai multe ori mai capabil să coordoneze echilibrul dinamic al organismului.

Un dicton cu dublu sens

Se știe cu cîtă insistență pledează medicina zilelor noastre pentru un trai igienic și împotriva abuzurilor de diferite feluri. Citeodată, pentru a se da greutate argumentării, este invocat celebrul dicton „Minte sănătoasă într-un corp sănătos". Însă dictonul cu pricina operează în două sensuri ! Nu se poate înțelege că numai corpul sănătos asigură implicit tot ce trebuie pentru o minte sănătoasă. E nevoie și de cultivare *directă* a unei minți sănătoase, adică de igiena mintală, pentru a beneficia de un corp sănătos. Fiziologia demonstrează cît de importantă este starea de bine a sistemului nervos central pentru integritatea morfologică și funcțională a întregului corp, cu toate organele, aparatele și sistemele lui. Suprasolicitările, e clar, sînt în defavoarea sănătății. Dar este deopotrivă nociv și inversul lor, subsolicitarea. Admițind, prin absurd, că cineva și-ar putea permite comoditatea unui trai molcom „la gura sobei", fără preocupări și eforturi, fără solicitări, aceasta poate i-ar rotunji formele, dar i-ar șubrezi grav sănătatea. Ce-i trebuie omului, pentru o bună sănătate fizică și mintală, pentru capacitatea sa de adaptare la solicitările vieții moderne, sînt tocmai solicitările unei vieți active.

Cu alte cuvinte, ceea ce este necesar omului, este să se priceapă să cultive, într-o împletire armonioasă, mișcarea și exercițiul fizic, pe de o parte, stimularea și hrănirea intelectului, pe de altă parte, ca elemente de nelipsit dintr-o viață gîndită și trăită rațional.

DR. AL. GHEORGHIU



DIN SALA DE AȘTEPTARE

— Totuși, nu înțeleg de ce preferi sfaturile vecinei în locul celor primite de la medic ?

— Pentru că vecina vrea să mă ajute cu adevărat. Ea a încercat cu mine, pînă acum, zeci de tratamente, pe cînd... dumnealui o ține una cu același tratament de un an...

— Dacă tot ai de gînd să nu faci nimic din ce îți prescrie medicul, de ce mai vii la consultații?

— Cum de ce ! Poate îmi spune ceva nou !

— Tovarășe doctor, vă rog să vă uitați la medicamentele astea străine ; mi le-a recomandat un vecin care-mi tot spune că se simte foarte bine de pe urma lor.

— Se poate, dar el ce are ?

— Are o rudă în străinătate !

— Dumneavoastră, la medic ?! Soțul dv. este doar un medic vestit !

— Da, însă cu el discut totdeauna în contradictoriu.

— Ei, ai fost la control ? Ce-a spus medicul ?

— Că mă simt foarte bine.

— Dar zicei că te mai doare operația ; nu i-ai spus ?

— Ba da, însă el susține că mă simt foarte bine...

DR. GH. ROMANESCU

10 reguli

PENTRU EVITAREA SUPRASOLICITARII

„Esența fericirii-i sănătatea
și-a sănătății e mișcarea".

J. THOMSON

Contrar aparențelor, viața modernă supune posibilitățile de adaptare ale omului unor solicitări din ce în ce mai mari. Civilizația aduce cu sine elemente pentru care omul nu este suficient de pregătit pentru a le asimila fără efort.

Viața noastră se desfășoară într-un ritm accelerat, lumea contemporană aflîndu-se într-o rapidă transformare pe plan economic, politic și social, ceea ce implică o încordare nervoasă crescută și, adesea, chiar traume psihice din cele mai variate.

Putem considera două aspecte ale problemei : primul aspect, de ordin cantitativ, se referă la tipul răspunsului solicitat de mediu și al mecanismelor umane care contribuie la realizarea unei adaptări eficiente a organismului ; cel de al doilea aspect, de ordin calitativ, vizează intensitatea, multitudinea și complexitatea cerințelor vieții contemporane.

Sîntem martori la înlocuirea muncii fizice brute cu munca de conducere, supraveghere și control a mașinilor și a marilor procese tehnologice. Se face transfer de solicitare de la efortul muscular la cel intelectual. Rolul funcțiilor psihice devine predominant în activitățile moderne.

Revoluția tehnico-științifică determină apariția noilor profesii, iar cele existente sînt într-o continuă transformare, ceea ce presupune un proces de pregătire în care densitatea de informație în timp, ce trebuie asimilată, este din ce în ce mai mare.

Sînt depășite barierele spațio-temporale prin intermediul mijloacelor moderne de informare : radioul, televiziunea, într-un cuvînt mijloacele masmedia ne fac să participăm la viața spirituală a planetei. Progresul tehnologic conduce și la mutații în cadrul relațiilor sociale ; apar noi probleme de adaptare de la un mod de viață la altul (de exemplu, în cazul urbanizării rapide, a exodului populației de la sat la oraș), relațiile interpersonale sînt din ce în ce mai complexe și dependența individului de grup crește.

De asemenea, viața culturală și politică evoluează foarte rapid. Evident că toate aceste transformări sînt pozitive în dezvoltarea societății, însă necesită din partea individului un consum ridicat de energie psihofizică. Nu de puține ori, acestea depășesc limitele de adaptare ale organismului uman, producîndu-se uzura prin suprasolicitare, în special a sistemului nervos.

Suprasolicitarea apare cînd asupra organismului uman acționează factori stresanți (fizici, biologici, socio-culturali, tehnologici, psihici) care depășesc cantitativ, ca durată și intensitate, condiția naturală de adaptabilitate a organismului uman la cerințele mediului.

Ea se determină cel puțin în raport de doi factori : potențialul de vitalitate al individului, înțelegînd prin aceasta, atît forța dinamică de angajare, cît și structura trăsăturilor de personalitate care asigură angajarea în plan acțional și relațional, și nivelul, gradul, intensitatea cerințelor mediului social asupra individului angajat într-o formă sau alta de activitate. Un decalaj între aceste două componente, în dezavantajul uneia sau alteia dintre ele, se soldează, cu probabilitate

mare, cu un complex de manifestări ce caracterizează suprasolicitarea. În mod firesc, individul uman prezintă largi disponibilități de adaptare la factorii solicitanți ai mediului ambiant. Perioada timpului de acțiune, intensitatea și complexitatea factorilor solicitanți fac să scadă treptat curba de randament a individului angajat în sarcină, dar după o perioadă de odihnă pasivă sau activă, înțelegînd prin aceasta somn sau activități reconfortante, se reechilibrează potențialul energetic al organismului. Aspectul este ciclic, repetitiv, fără consecințe neplăcute pentru starea psihică și somatică a individului, atîta timp cît, de fiecare dată, se reia cu un potențial eficient de răspuns la sarcină.

Complexitatea vieții cotidiene, a solicitărilor creează deseori situații în care refacerea potențialului energetic se realizează deficitar. Prin însumare, aceste situații conduc la fenomenul de suprasolicitare.

Suprasolicitarea — așa cum reiese din însuși termenul folosit — constituie o presiune, de cele mai multe ori exterioară, de angajare în sarcini peste nivelul posibilităților de răspuns al organismului la acestea. Presiunea poate fi și interioară, atunci cînd un nivel prea mare de aspirație, anticipat printr-o autoevaluare deficitară, stabilește un nivel acțional peste posibilitățile organismului. Efectele suprasolicitării sînt foarte diferite, atît în funcție de intensitatea fenomenului, cît și de particularitățile individuale, respectiv vîrstă, sex, profesie, trăsături de personalitate.

Manifestările suprasolicitării pot fi, într-o fază incipientă, compensate, mascate, încît individul își poate rezolva sarcinile în care este angajat răspunzînd solicitărilor cu eficiență mulțumitoare, doar cu o supraangajare. Dacă nu se acționează la timp și cu metodele corespunzătoare cazului concret, se poate ușor trece în patologic.

Simptomatologia suprasolicitării cuprinde starea de oboseală fizică și psihică a organismului, tulburările de somn, diminuarea randamentului profesional și rezistența scăzută la situații emoționale (negative sau pozitive).

Reușita adaptabilității eficiente la cerințele mediului ține de noi, de autoeducație ; mai ușor ne educăm pe noi și mai greu pe ceilalți.

Ce trebuie să facem pentru a evita această situație ?

1. Să ne organizăm viața rațional, aceasta constituind un factor ideal pentru sănătatea fizică și psihică a organismului (încă de la vîrstele fragede să deprindem copiii cu un program ordonat de viață și de activitate — ore regulate de somn, de masă, de activități școlare, de joacă — ce trebuie continuat și la vîrstele maturității).

2. Să evităm excesele de orice fel (cafea, tutun, alcool etc.), să nu le folosim ca metode de „înviorare a organismului".

3. Să folosim mișcarea ca agent terapeutic ; să facem zilnic gimnastică 10—15 minute, plimbări în aer liber și excursii la sfîrșit de săptămînă.

4. Să alternăm judicios efortul intelectual cu activități plăcute, relaxante (spectacole, diverse pasiuni etc.) ; după o activitate care necesită concentrarea atenției să te preocupi și de ceea ce îți place, ceea ce te bucură ; dacă intervine oboseala, să te odihnești.

5. Să avem o ambianță socială favorabilă — la școală, la locul de muncă și în viața de familie.

6. Să nu încercăm să ne stimulăm forța de muncă prin medicamente, fără un control medical prealabil.

7. Să ne alegem profesiunile în raport cu aptitudinile și dorințele noastre și nu la voia întîmplării.

8. Să renunțăm la „prejudecăți" și să le înlocuim cu noi deprinderi inițiate conștient (să efectuăm activitățile în cursul zilei, noaptea rezervînd-o somnului, care trebuie să fie odihnitor, de aproximativ 7—8 ore).

9. Să înțelegem corect fenomenele naturii și realitatea, evitînd astfel factorii fizico-chimici ce agresionează psihicul.

10. **Să încercăm să înțelegem corect comportamentul celorlalți și să apreciem cît mai just relațiile interpersonale, pentru a ne putea integra eficient în mediul social.**

Reușita aplicării practice a acestor reguli ne ajută să valorificăm optimal energia fizică și psihică de care dispunem.

PSIHOLOG **MARIANA ZĂINESCU**
Centrul de sănătate mintală Titan

REZOLVAREA JOCURILOR REBUSISTE

- *Capul :* deznădăjduită ; exact ; mult ; ap ; s ; p ; Arad ; uita; ceas ; greu ; păr; u; l. c.; se ; a ; răi ; intact ; cr ; cutere ; teatre ; at ; lotcă; Ree; rom; toț; Musil ; erudit ; tăiței ; ținut ; cratere.
- *Stomatologie :* Nae Girimea ; t ; e ; leu ; matură ; clești ; Saadi ; luft ; oțet ; Go Aca ; an ; lei ; a ; rinduite ; ris ; ot ; R.C.A. ; bonă ; Asia ; ardent ; vi ; pg ; tociri ; a ; molari; Eel; roade; uns; ma; isteți; amnar.
- *Oftalmologie :* Orbilă ; atoli ; coroidă ; iris ; Umi ; părinte ; lacrimi; Tada; an ; et ; Ene ; ul ; r ; Emil ; a ; orb ; așa ; înscrie ; steiuri; ob; a; tenaci; aliat ; uni ; ocolit ; canin ; mirat.
- *Cărți de vizită :* Medic internist — Brăila ; medic ortoped — Sulina.
- *Chirurgicală :* Pneumotorax (Pneu+motor+ax)
- *La vizita medicală:* Simptom (Mops+mîț(ă))
- *Verb medical :* Vindeca (vin+deca)
- *Traumatism articular :* Entorsa (E-ntors-a)
- *Anatomică :* Laringe (La-ring-e)
- *Terapeutică :* Frecție (Fracție-a+e)

COLI TIPAR : 12
BUN DE TIPAR LA 20.10.1983

IMPRIMAT
SUB COMANDA NR. 30 379 LA
COMBINATUL POLIGRAFIC
„CASA SCÎNTEII"
BUCUREȘTI,
PIAȚA SCÎNTEII NR. 1

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

LEI 25

EDITURA MEDICALĂ